



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

“Evaluación de la disfunción en el subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, “Gilberto Flores Izquierdo”, del Instituto Mexicano del Seguro Social”.

**T E S I S**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO  
EN LA ESPECIALIDAD DE:  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. CHAVARRIA REYES ALVA GUADALUPE**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Espinoza Anrubio Gilberto**

**ASESOR**

**Dra. Gutiérrez García Teresita de Jesús**

**México D.F., Noviembre 2011**

**Núm. de Registro R-2011-3605-16**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“Evaluación de la disfunción en el subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, “Gilberto Flores Izquierdo”, del Instituto Mexicano del Seguro Social”.**

Evaluación de la disfunción en el subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, "Gilberto Flores Izquierdo", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**AUTORES:** Dra. Chavarria Reyes Alva Guadalupe; Dra. Gutiérrez García Teresita; Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. HGZ/UMF 8. Colonia Tipazán Delegación Álvaro Obregón.

**OBJETIVO:** Evaluar la disfunción del subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, "Gilberto Flores Izquierdo", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Tipo de investigación: transversal, observacional, descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, sin distinción de sexo, edad. Criterios de exclusión: que no firmen carta de consentimiento informado y no duerman con su cónyuge. Muestra: 110 pacientes con intervalo de confianza de 90%, con una proporción del 0.05, amplitud total del intervalo de confianza de 0.10. Variables: Cuestionario "evaluación del subsistema conyugal" y ficha de identificación para obtener datos de investigación.

**RESULTADOS:** Se observó 45 (40.9%) femenino, 65 (59.1%) masculino. En cuanto al tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño se encontró 81 (73.6%) 1 a 5 años. Se observó a 56 (50.9%) en el grupo pareja con disfunción moderada. En edad se encontró 52 (47.3%) de 41 a 60 años. En la relación entre el sexo y el índice de masa corporal se obtuvo: femenino 24 (21.8%) obesidad GI, masculino 26 (23.6%) con obesidad GI-II.

**CONCLUSIONES:** Predomino el grupo de pareja con disfunción moderada, en el rango de 1 a 5 años de portar el síndrome, con prevalencia en el sexo masculino, el cual predominó en los grados de obesidad a excepción del grado IV; siendo el rango de edad más encontrado el de 41-60 años.

**Palabras clave:** DISFUNCIÓN CONYUGAL, SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

## **AUTORIZACIONES**

**DR. PADILLA DEL TORO FRANCISCO JAVIER  
DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.  
8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 8**  
**"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**DR. GONZALEZ ZEPEDA JESUS ANDRES**  
**PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8**  
**"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR  
DRA. GUTIÉRREZ GARCÍA TERESITA DE JESÚS  
ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA**

## **AGRADECIMIENTOS**

PRINCIPALMENTE A DIOS, PORQUE ME HA PERMITIDO CONTINUAR CON VIDA Y ME HA DADO FUERZA PARA SEGUIR ADELANTE.

A MIS PADRES, PORQUE DE CADA UNO DE ELLOS HE APRENDIDO COSAS VALIOSAS PARA MI VIDA PERSONAL Y MI VIDA PROFESIONAL.

A MI ESPOSO PORQUE SIEMPRE ESTÁ A MI LADO, BRINDÁNDOME SU APOYO Y UN HOMBRO EN DONDE PODER CONSOLARME CUANDO MI SER SE TORNABA DÉBIL.

A MI HERMANA Y SU FAMILIA, POR SU ESFUERZO CONSTANTE PARA LOGRAR SU SUPERACIÓN

A MIS AMIGOS, PORQUE EN ESTOS AÑOS DE CONVIVENCIA ME BRINDARON LO MÁS VALIOSO QUE ME LLEVO DE ESTA EXPERIENCIA SU AMISTAD.



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| MARCO TEÓRICO   | 1  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA  | 9  |
| JUSTIFICACIÓN   | 10 |
| OBJETIVOS   | 11 |
| HIPÓTESIS   | 12 |
| <b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>   |    |
| TIPO DE ESTUDIO   | 13 |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN  | 14 |
| POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO   | 14 |
| MUESTRA   | 15 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN                   | 16 |
| VARIABLES   | 17 |
| DISEÑO ESTADÍSTICO  | 21 |
| INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS                              | 21 |
| MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS                                   | 22 |
| MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS                          | 22 |
| CRONOGRAMA  | 23 |
| RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO | 24 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS  | 24 |
| RESULTADOS  | 25 |
| CONCLUSIÓN  | 46 |
| DISCUSIÓN   | 48 |
| BIBLIOGRAFÍA  | 50 |
| ANEXOS  | 52 |

## **MARCO TEÓRICO**

Las apneas, han sido una observación clínica durante el sueño que se describen ya desde 1877. La importancia de este síndrome tanto para la vida del paciente como para su salud, se debe a que este, se caracteriza por episodios repetitivos de obstrucción de la vía aérea superior que ocurren durante el sueño y resultan usualmente en la reducción de la saturación de oxígeno terminando en breves despertares, situación de por más importante porque debido a ello se presentan diversas alteraciones. Un síntoma frecuente es el ronquido, atestiguado por los compañeros de habitación, así como episodios de ahogo y sueño intranquilo. Durante el día la somnolencia puede ser la queja más importante, con niveles variables de impacto sobre la vida de los sujetos. (1)

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Dentro la literatura se menciona que la prevalencia de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño es variable, siendo en promedio 4% para hombres y 2% para mujeres en población adulta, en edades medias de la vida. Esto probablemente se debe principalmente a que el diagnóstico no se realiza de forma precisa y más aún esta patología se toma en cuenta hasta que el paciente presenta complicaciones. (2)

La Unión Americana refiere que esta patología afecta de 2 a 15% de la población adulta entre 30 y 60 años de edad. Sin embargo pasa inadvertida hasta en 80% de los pacientes que acuden al médico. (3)

## **DEFINICIÓN**

En este apartado tomaremos en cuenta las siguientes definiciones.

- Apnea: se define como el cese del flujo aéreo oronasal durante más de 10 segundos. Cada episodio de apnea dura entre 20-30 segundos, aunque puede durar hasta 2-3 minutos.
- La hipopnea es definida como una reducción transitoria pero no completa del flujo aéreo por 10 segundos o más. Esta reducción debe ser mayor al 50% de una medida

validada de flujo aéreo o si es menor al 50% debe estar asociada a una caída de la saturación de oxígeno de 3% o más o un despertar evidente. (4)

## **PATOGÉNESIS**

La faringe en los pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño tiene un tamaño o colapsabilidad anormal, lo que favorece el cierre o estrechamiento de uno o más sitios de este conducto. El tamaño de la vía aérea superior está determinado por factores esqueléticos y de tejidos blandos que son los determinantes más importantes de la permeabilidad de esta durante el sueño. Mientras dormimos, se producen ciertos cambios entre los que destacan la reducción del tono de los músculos de la vía aérea superior y la disminución de los reflejos que protegen a la faringe del colapso. Estos eventos son más prominentes durante la fase de movimientos oculares rápidos (REM) dado que la hipotonía de los músculos de la vía aérea superior es la principal característica de este estadio de sueño. Aunado a lo antes mencionado se han visto ciertos factores que pueden condicionar la presencia de esta patología, entre estos, se ha visto que en los pacientes obesos el aumento de tejido adiposo en el cuello puede predisponer al estrechamiento de la vía aérea. Las anomalías craneofaciales o hipertrofia de amígdalas también predisponen al colapso de la vía aérea durante el sueño. Otro factor potencialmente obstructivo a considerar es que si el paladar blando es sometido a un trauma vibratorio recurrente como es el ronquido y a una alta presión inspiratoria negativa puede resultar en el estiramiento del paladar blando y engrosamiento por edema, dando como resultado de esta obstrucción la presencia de hipoxemia e hipercapnia, las cuales estimulan los quimiorreceptores vasculares cuyo efecto, a nivel del bulbo raquídeo, produce un despertar subconsciente. Finalmente se reactivan los músculos faríngeos lo que restablece la permeabilidad de la vía aérea, generando un ronquido intenso, patrón que se repite incesantemente durante la noche llevando a la pérdida de la arquitectura normal del sueño. (5,6)

## **CUADRO CLÍNICO**

### ***Síntomas Diurnos***

- Somnolencia diurna (90% de los casos).
- Incoordinación motora y fatiga matutina.
- Cefalea matutina.

- Pérdida de memoria.
- Irritabilidad, apatía, depresión.
- Disminución de la libido.

### ***Síntomas Nocturnos***

- Ronquidos (100% de los casos).
- Apneas o pausas respiratorias.
- Sequedad orofaríngea.
- Interrupción del sueño.
- Diaforesis, nicturia, somniloquia (6)

### **CLASIFICACIÓN**

La clasificación está basada en la presencia o ausencia del estímulo central y se divide en:

1. Apneas centrales, en las que está abolido transitoriamente el estímulo central a los músculos respiratorios. Por lo que esta se caracteriza por la ausencia de movimientos en el diafragma y otros músculos respiratorios accesorios.
2. Apneas obstructivas, en las que el cese del flujo aéreo se debe a oclusión de la vía aérea orofaríngea, lo que determina persistencia del esfuerzo ventilatorio. Es decir, no existe intercambio respiratorio a nivel de las vías aéreas superiores a pesar de la presencia de un estímulo central (esto demostrado por la movilidad del diafragma y actividad progresiva de los músculos respiratorios).
3. Apneas mixtas, en las que una apnea central es seguida de un componente obstructivo. (4)

### **FACTORES DE RIESGO**

Sexo: Este se encuentra como uno de los factores de riesgo más importantes para esta patología. En diversos estudios epidemiológicos se ha reportado que se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres con una relación 2-3:1 en edades medias, aunque tiende a igualarse con la menopausia y en las edades avanzadas.

Obesidad: Se ha identificado como un factor de riesgo mayor para el desarrollo del síndrome de apnea obstructiva del sueño. El incremento del índice de masa corporal en una desviación estándar aumenta hasta cuatro veces el riesgo de este. Los mecanismos de este factor no están bien claros. Pero se ha propuesto que el incremento en la circunferencia del cuello o la acumulación de grasa en estructuras alrededor de la vía aérea superior, son responsables de las modificaciones anatómicas que favorecen la resistencia al flujo de aire. (7)

Edad: En el paciente anciano el riesgo asociado para el desarrollo de este síndrome es dos a tres veces superior que en los adultos de mediana edad. Los mecanismos responsables de esta asociación se atribuyen a:

1. Alteraciones en el calibre de la vía aérea.
2. Disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxia-hipercapnia.
3. Disminución en la actividad funcional de la vía aérea.
4. Incremento en la variabilidad respiratoria durante el dormir.
5. Envejecimiento del tejido conectivo.

Enfermedades asociadas: Las endocrinopatías presentan un riesgo elevado para el desarrollo de síndrome de apnea obstructiva del sueño. Dentro de las más relacionadas están la enfermedad de Cushing, hipotiroidismo, diabetes mellitus y acromegalia. (8)

## **FACTORES AGRAVANTES**

Consumo de alcohol, el tabaco, dormir en decúbito supino, además de la obesidad que se encuentra catalogada como un factor de riesgo y factor agravante. (8)

## **COMPLICACIONES Y CALIDAD DE VIDA**

Estas se derivan de la fragmentación del sueño y la hipoxemia durante los episodios de apnea. La hipoxemia favorece la aparición de arritmias durante el sueño, angor nocturno, cefalea matutina, hipertensión pulmonar, cor pulmonale, policitemia e hipertensión arterial. (9)

No menos importante además de las complicaciones neucognitivas y cardiovasculares ya comentadas, el síndrome de apnea obstructiva del sueño se asocia con una pobre calidad de

vida, desde los que hacen referencia a la salud física y mental hasta los que determinan un mejor rendimiento social. No podemos olvidar también las consecuencias que este síndrome tiene en el compañero de cama o habitación del individuo que lo sufre, ya que son estos los que evidencian las manifestaciones tanto durante el sueño como durante el desempeño individual, social y familiar del paciente. (10)

## **DIAGNÓSTICO**

Su diagnóstico se realiza mediante el registro simultáneo de diferentes variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias llamadas en conjunto registro de Polisomnografía.

Este estudio se puede realizar intrahospitalariamente denominado convencional, o bien, en domicilio este nombrado polisomnografía simplificada. Este examen detecta las apneas y las hipoapneas, asociadas a desaturación  $\geq 3\%$  y/o a un micro despertar. La suma de apneas, e hipoapneas dividido entre el nº de horas de sueño da el índice de Apnea- Hipoapnea / hora de sueño (IAH).

Se considera anormal un IAH  $>5$  / horas de sueño. Un valor de IAH  $>5$  a 20, se considera alteración leve. IAH  $>20$  y  $< 30$ , moderado. Un IAH  $> 30$ , severo. La sola existencia de un IAH anormal no es sinónimo de SAHOS, sino que debe coexistir con síntomas. Además la gravedad clínica del SAHOS debe considerar varios aspectos, además del IAH. (11)

## **TRATAMIENTO**

Tiene por objeto: recuperar la permeabilidad de la vía aérea superior, evitar las apneas/hipoapneas, normalizar el esfuerzo inspiratorio, suprimir los micro despertares relacionado con apneas, mejorar la fragmentación del sueño, recuperar el sueño reparador y respiración eficiente, de tal forma que se puedan revertir todos los trastornos fisiopatológicos y evitar las complicaciones.(11)

Medidas generales:

Es necesario que enseñemos a los paciente que padecen este síndrome evitar los factores que incrementan la obstrucción de la vía aérea superior, como por ejemplo, la privación de sueño, el uso de alcohol, sedantes y agentes hipnóticos así como el sobrepeso, ya que se ha visto que la reducción de peso puede disminuir significativamente la severidad de esta patología. El alcohol reduce selectivamente el tono muscular de la vía aérea superior e

incrementa la frecuencia de respiración anormal durante el sueño, por lo que debemos hacer hincapié en nuestros pacientes el evitar su consumo. Además se ha visto que en algunos pacientes los episodios de apnea están presentes sólo en la posición supina; en éstos el entrenamiento para dormir en el decúbito lateral ha probado ser útil para la disminución de la cantidad de episodios. (5)

Aditamentos externos:

El uso de presión positiva continua en la vía aérea con máscara nasal, conocido por sus siglas como CPAP, es el tratamiento de elección para estos pacientes. La cual se basa en la utilización de una máscara sobre la nariz mientras se duerme, enviando una fuerza de aire por el pasaje nasal y de ahí a la vía respiratoria, manteniéndola abierta y permitiendo que el paciente respire normalmente. El tratamiento con CPAP mejora la calidad de vida de los pacientes y disminuye los factores de riesgo cardiovascular. (12)

Tratamiento quirúrgico:

Otra opción más para el tratamiento de esta patología consisten en la realización de cirugía, la cual se utiliza para la corrección de las anomalías físicas que comprometen la respiración durante el sueño tales como: amígdalas inflamadas, pólipos nasales, tabique nasal desviado y malformación de la mandíbula o paladar. Uno de estos tratamientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se realiza es la uvulopalatofaringoplastia, la cual retira exceso de tejidos en la orofaringe, permitiendo la desobstrucción de la vía aérea. (12)

## **FAMILIA COMO SISTEMA**

Sistema: Se define como un conjunto de reglas o principios relacionados entre sí y que constituyen a un fin determinado.

Según Von Bertalanffy este sistema se caracteriza por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de los componentes mediante asimilación y desasimilación.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas.

En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto. Por lo tanto la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema. (13)

La familia es un sistema que a su vez se compone de múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados; dentro de los subsistemas tenemos al subsistema parental, subsistema fraternal y el subsistema conyugal, este ultimo el más importante para este trabajo.

1. El subsistema conyugal se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.
2. El subsistema parental puede estar constituido por las mismas personas que el conyugal, el vinculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer el primer hijo.
3. El subsistema filial o fraterno, está constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema (13)

Algunos autores en diversos estudios han coincidido en que los problemas existentes en el interior de las parejas, son capaces de originar patología orgánica, en algunos de sus miembros; lo cual los lleva a demandar atención de los servicios de salud. (14)

Sin embargo es importante hacer mención que es indispensable identificar como una patología orgánica y/o funcional puede ser causante de alterar la funcionalidad conyugal, motivo por el cual se ha valorado esta relación por medio de la aplicación de un instrumento específico; el cual fue propuesto por Chávez-Aguilar en el año 1994. (CITA)

### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL**

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, los cuales han sido avalados para su utilización.



Tal es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal, el cual tiene aplicación única y exclusivamente a la pareja.

Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios, dentro de los cuales está el estudio de Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en Atención Primaria, realizada por Mendoza Solís y col. en el año 2006 en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Veracruz. En este estudio se valoró a 103 parejas; de las cuales se encontró que 52% de estas eran funcionales, 39% moderadamente disfuncionales y un 9% severamente disfuncionales.

Sin embargo existe dentro de la literatura pocos estudios en los cuales se haya utilizado este instrumento como instrumento para la evaluación del subsistema conyugal. (12) (15)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es una entidad de suma importancia, motivo por el cual ya se describía desde el siglo pasado. Siendo los hombres los más afectados, con una relación 3:1 con respecto a las mujeres, según lo refiere la literatura.

Esta patología se caracteriza por episodios recurrentes de colapsos parciales o completos de la vía aérea superior durante el sueño, produciéndose desaturación arterial de oxígeno y una reacción al despertar que reanuda la respiración. La hipoxemia y la fragmentación del sueño conducen a una serie de alteraciones a diferentes niveles tanto orgánico como sistémico que causan un aumento en la morbilidad y mortalidad de los enfermos, además de deterioros importantes en su calidad de vida.

Pero ¿Cuál es el grado de disfunción en el subsistema conyugal en los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8?

## JUSTIFICACIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es una entidad muy frecuente, en el cual se presentan ciclos: sueño-apnea-hipopnea-cambios gasométricos- despertar transitorio-fin de la apnea. Estos microdespertadores repetidos causan la fragmentación del sueño, dando lugar a la mayoría de las manifestaciones y sobre todo la presentación de diversas complicaciones las cuales van desde alteraciones neurocognitivas, cardiovasculares, así como alteraciones neuropsiquiátricas caracterizadas por excesiva somnolencia diurna, trastornos de la conducta y la personalidad. Todo esto asociado con una pobre calidad de vida en todos los aspectos, desde salud física y mental hasta los que determinan un mejor rendimiento social. Esto secundario a la hipersomnolencia diurna, la cual, los hace susceptibles a una severa incapacidad tanto en la escuela, en el trabajo y en el hogar, siendo inclusive etiquetados como perezosos o torpes. Se ha visto que al inicio de la enfermedad estos pacientes se duermen en situaciones aburridas o monótonas (conversaciones, reuniones, asistiendo al cine o viendo la televisión), sin embargo esto avanza llegando a quedarse dormidos al trabajar, hablar por teléfono, al comer, etc.

También se ha observado que dentro de las complicaciones que presentan estos pacientes; presentan alteraciones en el ámbito conyugal, ya que las manifestaciones clínicas de este síndrome es capaz de afectar al compañero de cama y el ambiente en la habitación del individuo que lo sufre.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la disfunción del subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Evaluar la comunicación dentro del subsistema conyugal de los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
2. Evaluar la adjudicación y asunción de roles dentro del subsistema conyugal de los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
3. Evaluar la satisfacción sexual dentro del subsistema conyugal de los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
4. Describir el afecto dentro del subsistema conyugal de los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
5. Evaluar la toma de decisiones dentro del subsistema conyugal de los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar no.

## **HIPÓTESIS**

Se realiza hipótesis por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis. En los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, existe una severa disfunción del subsistema conyugal.

## **HIPÓTESIS ALTERNA**

H1: Los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, presentan disfunción en su subsistema conyugal.

## **HIPÓTESIS NULA**

H2: Los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, no presentan disfunción en su subsistema conyugal.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

TIPO DE INVESTIGACION:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

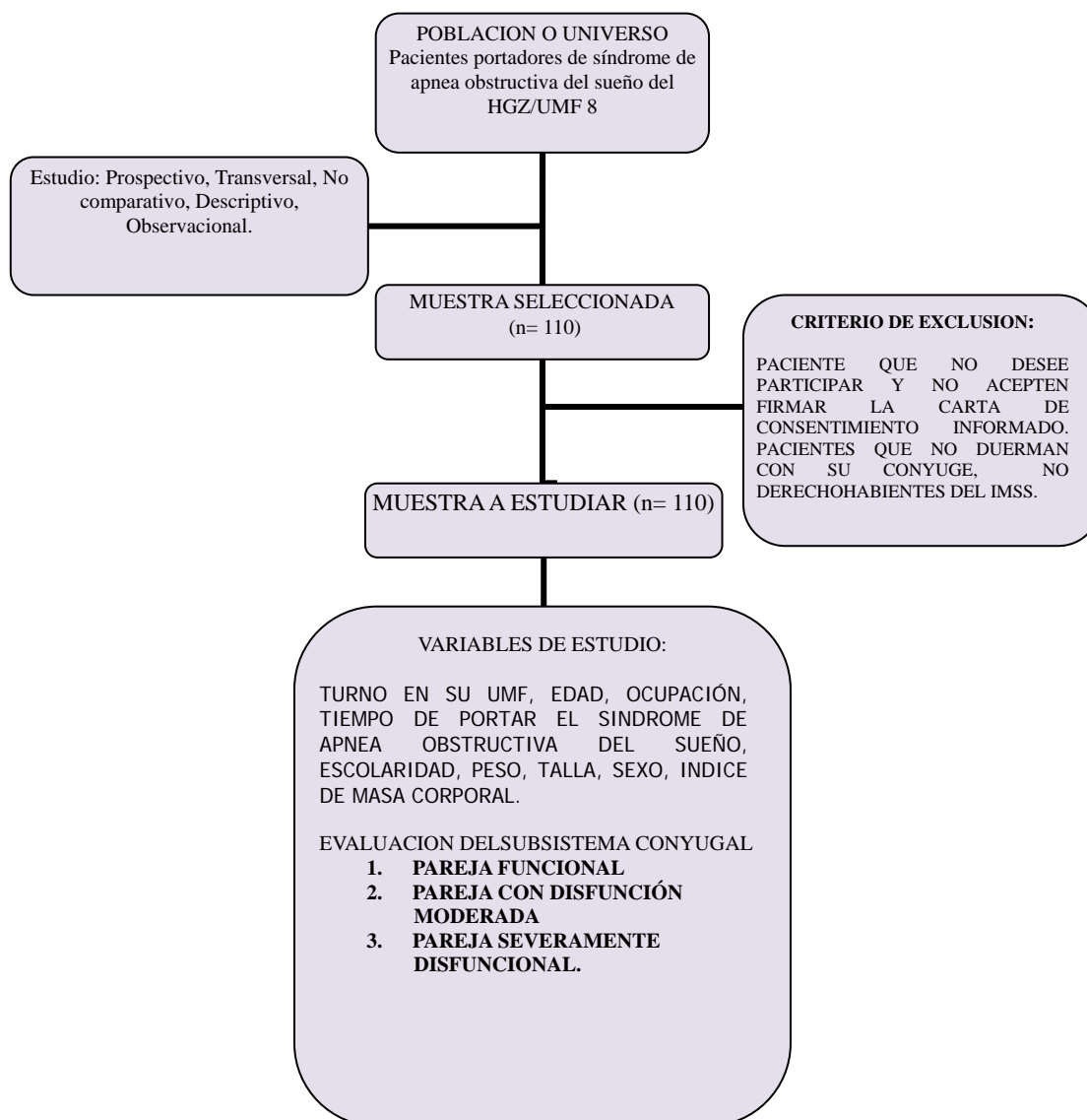
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

d).- Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



**POBLACION Ó UNIVERSO:** Este estudio se llevará a cabo en el Hospital General de Zona/ Unidad de Medicina Familiar 8, en el Distrito Federal, México.

### UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizará en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina familiar 8, en el año 2010. El cual se encuentra ubicado en la Colonia Tizapan, delegación Álvaro Obregón, Distrito Federal de México.

## MUESTRA:

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica requirió 110 pacientes, con un intervalo de confianza de 90%, con una proporción del 0.05, y una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 – P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$



**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** La población a estudiar serán los pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, que acudan a consulta al servicio de Neumología del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8. Estos pacientes serán incluidos sin distinción de sexo, edad. Siempre y cuando cuenten ya con el diagnóstico de síndrome de apnea obstructiva del sueño.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Se excluirán a los pacientes que no deseen participar y no acepten firmar la carta de consentimiento informado. Se excluirán además a aquellos pacientes que no duerman con su cónyuge. Y que no sean derechohabientes del IMSS.

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Se eliminará a los pacientes que por cualquier causa dejen de dormir con su cónyuge. Por fallecimiento del paciente ó porque el paciente pierda el derecho de ser atendidos en IMSS. Que se nieguen a seguir participando en el estudio. Pacientes que no contesten completamente el cuestionario.

## **VARIABLES:**

Variable independiente: Síndrome de apnea obstructiva del sueño

Variable dependiente: Disfunción en el subsistema conyugal

### VARIABLES UNIVERSALES

- 1.- TURNO QUE TIENE EN SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
- 2.- EDAD
- 3.- OCUPACIÓN
- 4.- TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
- 5.- ESCOLARIDAD
- 6.- PESO
- 7.- TALLA
- 8.- SEXO
- 9.- INDICE DE MASA CORPORAL

VARIABLE: INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES UNIVERSALES

| NOMBRE DE LA VARIABLE                                    | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   |
|--|---|
| TURNOS EN SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR                 | Ocasión en que a alguien le corresponde realizar una tarea que alterna con otro u otros.  |
| EDAD   | Tiempo que ha vivido una persona a partir de su nacimiento.   |
| OCUPACIÓN  | Tipo de trabajo empleo puesto u oficio en la cual la población emplea su tiempo   |
| ESCOLARIDAD  | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente  |
| TIEMPO DE PORTAR SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO | Periodo transcurrido a partir del diagnóstico.<br>El síndrome se caracteriza por episodios repetitivos de obstrucción de la vía aérea superior que ocurren durante el sueño. Un síntoma frecuente es el ronquido. |
| PESO   | El resultado de la fuerza atracción gravitatoria que el centro de la superficie del planeta ejerce sobre la masa de un cuerpo.  |
| TALLA  | Estatura, altura.   |
| SEXO   | Género al que pertenece un individuo.   |
| INDICE DE MASA CORPORAL                                  | Es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso que puede tener una persona.  |

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES UNIVERSALES

| <b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>                             | <b>TIPO DE VARIABLE</b> | <b>ESCALA DE MEDICIÓN</b> | <b>VALOR DE LA VARIABLE</b>   |
|--|-------------------------|---------------------------|---|
| TURNO EN SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR                  | CUALITATIVA             | NOMINAL<br>(DICOTOMICA)   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Matutino</li> <li>2. Vespertino</li> </ol>  |
| EDAD   | CUALITATIVA             | NOMINAL                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20 A 40 años</li> <li>2. 41 a 60 años</li> <li>3. 61 a 80 años</li> <li>4. 81 a 100 años</li> </ol>   |
| OCUPACION  | CUALITATIVA             | NOMINAL                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensionado/Jubilado</li> <li>2. Empleado</li> <li>3. Comerciante</li> <li>4. Ama de casa</li> <li>5. Obrero</li> <li>6. Otro</li> </ol>   |
| ESCOLARIDAD  | CUALITATIVA             | NOMINAL                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria completa</li> <li>2. Secundaria completa</li> <li>3. Preparatoria, vocacional o normal</li> <li>4. Superior completa</li> <li>5. Posgrado</li> <li>6. Ninguna</li> </ol> |
| TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO | CUALITATIVA             | NOMINAL                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 a 5 años</li> <li>2. 6 a 10 años</li> <li>3. 11 a 15 años</li> <li>4. 16 a 20 años</li> </ol>   |
| PESO   | CUANTITATIVA            | CONTINUA                  | NUMEROS CONSECUTIVOS  |
| TALLA  | CUANTITATIVA            | CONTINUA                  | NUMEROS CONSECUTIVOS  |
| SEXO   | CUANTITATIVA            | NOMINAL                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Femenino</li> <li>2. Masculino</li> </ol>   |

|                         |              |         |  |
|-------------------------|--------------|---------|--|
| INDICE DE MASA CORPORAL | CUANTITATIVA | NOMINAL | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normopeso IMC 18.5 a 24.9</li> <li>2. Obesidad GI IMC 25 a 29.9</li> <li>3. Obesidad GII IMC 30 a 34.9</li> <li>4. Obesidad GIII IMC 35 a 39.9</li> <li>5. Obesidad GIV IMC &gt; 40</li> </ol> |
|-------------------------|--------------|---------|--|

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL**

| NOMBRE DE LA VARIABLE                             | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION  | VALOR DE LA VARIABLE  |
|---|---|------------------|---|---|
| INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL | Instrumento elaborado para la evaluación del subsistema conyugal, que consta de 13 preguntas y 3 posibles respuestas. | CUALITATIVA      | PUNTUACION CENTIL DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 0 a 40 puntos<br/>Pareja severamente disfuncional</li> <li>2) 41 a 70 puntos<br/>Pareja con disfunción moderada</li> <li>3) 71 a 100 puntos<br/>Pareja funcional</li> </ol> |

## **DISEÑO ESTADÍSTICO:**

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. Frecuencia y porcentaje. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevaecía del 4%.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:**

Se elaboró un cuestionario con los datos de identificación personalizada de cada paciente, en el cual se preguntó: turno en su unidad de Medicina Familiar, edad, ocupación, escolaridad, tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño, peso, talla, sexo e índice de masa corporal.

Además se utilizó el instrumento de evaluación del subsistema conyugal elaborado por Chávez Aguilar en 1994. Este instrumento consta de 13 ítems (que corresponden a las áreas de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones), así como 3 posibles respuestas para cada uno de estos, los cuales corresponden a nunca, ocasional y siempre con una puntuación específica para cada una de ellas, la cual puede ser como mínimo 0 y como máximo 10, de tal forma que al realizar una sumatoria de estas puntuaciones; se realiza una clasificación, la cual consta en pareja funcional, pareja con disfunción moderada o severamente disfuncional. Este instrumento es aplicado por el mismo paciente, sin la intervención del encuestador, quien no puede aclarar dudas acerca del significado de cada uno de los ítems, esto para evitar sesgos; el tiempo máximo para la contestación de este instrumento es de 30 minutos.

## **METÓDO DE RECOLECCIÓN:**

Se realizara la entrevista a los pacientes que acudan a la consulta en el servicio de neumología en el turno vespertino del HGZ/UMF 8. Primeramente se les proporcionara un consentimiento informado a los participantes; esto, previo a la realización de la entrevista para que este sea llenado y de aceptar la aplicación del mismo se procederá a explicar la forma de llenado y el tiempo que se les proporcionara para la contestación del mismo; el cual no será mayor a 30 minutos. Esta información se obtendrá en un plazo de un año.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:**

Se debe de aplicar el instrumento de evaluación del subsistema conyugal de forma individual. Se aplicara a adultos sin distinción de edad, pero que puedan leer. Si en algún momento el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura no es adecuado, deberá pedirle al paciente que lea el primer enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si durante este ejercicio el paciente tiene dificultades para leer la pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en no más de 30 minutos. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador no debe discutir ninguna pregunta y por lo tanto ninguna respuesta con el sujeto, para no cambiar percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. Verificar que solamente una respuesta de las alternativas ha quedado señalada para cada una de las preguntas.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD MEDICINA FAMILIAR 8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

### TITULO DEL PROYECTO:

Evaluación de la disfunción en el subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, "Gilberto Flores Izquierdo", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### 2009

| FECHA                      | MAR 2009 | ABR 2009 | MAY 2009 | JUN 2009 | JUL 2009 | AGO 2009 | SEP 2009 | OCT 2009 | NOV 2009 | DIC 2009 | ENE 2009 | FEB 2009 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| TITULO                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ANTECEDENTES               |          |          |          |          |          |          | X        | X        |          |          |          |          |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |
| OBJETIVOS                  |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |
| HIPOTESIS                  |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |
| DISEÑO METODOLOGICO        |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |
| ANALISIS ESTADISTICO       |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| CONSIDERACIONES ETICAS     |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| RECURSOS                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |
| BIBLIOGRAFIA               |          |          |          |          |          |          | X        | X        |          |          |          |          |

### 2010

| FECHA                           | MAR 2010 | ABR 2010 | MAY 2010 | JUN 2010 | JUL 2010 | AGO 2010 | SEP 2010 | OCT 2010 | NOV 2010 | DIC 2010 | ENE 2011 | FEB 2011 |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| RECOLECCION DE DATOS            | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        |          |          |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS         |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |
| ANALISIS DE DATOS               |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        | X        |          |
| DESCRIPCION DE DATOS            |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        | X        |          |
| DISCUSIÓN DE DATOS              |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |
| CONCLUSION DEL ESTUDIO          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        | X        |
| INTEGRACION Y REVICION FINAL    |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |
| REPORTE FINAL                   |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |
| AUTORIZACIONES                  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO           |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |
| PUBLICACION                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |



## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:**

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos. Se cuenta con un instrumento de evaluación del subsistema conyugal. Además de la participación del asesor, para la revisión de este protocolo.

Para la realización de esta investigación se contara con una computadora portátil Hp Pavillion Dv4 1523la, procesador Intel Pentium Dual-Core, una USB kingstong de 4MB y un disco compacto para almacenar toda la investigación.

Servicio de fotocopiado para reproducir el instrumento de evaluación del subsistema conyugal, cuestionario de presentación, y consentimiento informado; lápices, borradores, tablas de apoyo para escribir. Los gastos en general se absorberán por la residente de Medicina Familiar Chavarría Reyes Alva Guadalupe.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Y el instrumento de evaluación del subsistema conyugal, se encuentra en anexos.

## RESULTADOS

Se realizó el estudio con un total de 110 pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño pertenecientes al Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”

Respecto a sexo se observó 45 (40.9%) femenino, 65 (59.1%) masculino. (Tabla/gráfica 1)

Al medir el turno en su unidad de Medicina Familiar se obtuvo 62 (56.4%) matutino, 48 (43.6%) vespertino. (Tabla/gráfica 2)

Al analizar el tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño, 81 (73.6%) 1 a 5 años de portarlo, 23 (20.9%) 6 a 10 años, 2 (1.8%) 11 a 15 años, 4 (3.6%) 16 a 20 años. (Tabla/gráfica 3)

Se observó en los resultados de la encuesta “evaluación del subsistema conyugal, 12 (10.9%) pareja severamente disfuncional, 56 (50.9%) pareja con disfunción moderada, 42 (38.2%) pareja funcional. (Tabla/gráfica 4)

Al analizar la ocupación se observó, 8 (7.3%) pensionado/jubilado, 58 (52.7%) empleado, 21 (19.1%) comerciante, 16 (14.5%) ama de casa, 7 (6.4%) otro. (Tabla/gráfica 5)

En relación a la escolaridad se obtuvo, 25 (22.7%) primaria completa, 28 (25.5%) secundaria completa, 34 (30.9%) preparatoria, vocacional o normal, 9 (8.2%) superior, 5 (4.5%) posgrado, 9 (8.2%) ninguna. (Tabla/gráfica 6)

Al examinar la edad por grupos de edad, se encontró: 28 (25.5%) en el rango de 20 a 40 años, 52 (47.3%) de 41 a 60 años, 28 (25.5%) de 61 a 80 años y 2 (1.8%) en el rango 81 a 100 años. (Tabla/gráfica 7)

Se estudió la relación entre el índice de masa corporal y el tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño, encontrando, normopeso 4 (3.6%) con 1 a 5 años de portar saos, 2 (1.8%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años y 0 (0%) 16 a 20 años. En el grupo de obesidad GI 25 (22.7%) con 1 a 5 años de portar saos, 7 (6.4%) 6 a 10 años, 2 (1.8%) 11 a 15 años, 0 (0%) 16 a 20 años. Con respecto a obesidad GII 42 (38.2%) 1 a 5 años, 7 (6.4%)

6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 1 (0.9%) 16 a 20 años. En cuanto a Obesidad GIII 4 (3.6%) 1 a 5 años, 7 (6.4%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 1 (0.9%) 16 a 20 años. En el grupo de Obesidad GIV 6 (5.5%) 1 a 5 años, 0 (0%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años y 2 (1.8%) 16 a 20 años. (Tabla/gráfica 8)

Al analizar la relación entre el sexo y el tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño se observó: femenino 29 (26.4%) 1 a 5 años de portarlo, 13 (11.8%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 3 (2.7%) 16 a 20 años. Masculino 52 (47.3%) 1 a 5 años, 10 (9.1%) 6 a 10 años, 2 (1.8%) 11 a 15 años, 1 (0.9%) 16 a 20 años. (Tabla/gráfica 9)

Al medir la relación de los resultados de la encuesta “evaluación del subsistema conyugal” con el tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño se encontró: pareja severamente disfuncional 6 (5.5%) en 1 a 5 años de portarlo, 5 (4.5%) 6 a 10 años, 1 (0.9%) 11 a 15 años y 1 (0.9%) 16 a 20 años. En el grupo pareja con disfunción moderada 40 (36.4%) en 1 a 5 años, 14 (12.7%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años y 1 (0.9%) 16 a 20 años. En el grupo pareja funcional 35 (31.8%) 1 a 5 años, 4 (3.6%) 6 a 10 años, 1 (0.9%) 11 a 15 años y 2 (1.8%) 16 a 20 años. (Tabla/gráfica 10)

En cuanto a la relación entre sexo y los resultados de la encuesta “evaluación del subsistema conyugal se encontró: para sexo femenino 6 (5.5%) en el grupo de pareja severamente disfuncional, 26 (23.6%) parejas con disfunción moderada y 13 (11.8%) pareja funcional. Sexo masculino 6 (5.5%) para pareja severamente disfuncional, 30 (27.3%) pareja con disfunción moderada y 29 (26.4%) pareja funcional. (Tabla/gráfica 11)

En la relación entre la ocupación y el tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño, se obtuvo: pensionado/jubilado 4 (3.6%) 1 a 5 años de portarlo, 0 (0%) 6 a 10 años, 2 (1.8%) 11 a 15 años, 2 (1.8%) 16 a 20 años. Empleado 42 (38.2%) 1 a 5 años, 16 (14.5%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 0 (0%) 16 a 20 años. Comerciante 19 (17.3%) 1 a 5 años, 1 (0.9%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 1 (0.9%) 16 a 20 años. Ama de casa 11 (10%) 1 a 5 años, 4 (3.6%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 1 (0.9%) 16 a 20 años. Otro 5 (4.5%) 1 a 5 años, 2 (1.8%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 0 (0%) 16 a 20 años. (Tabla/gráfica 12)

Al medir la relación entre el turno en su unidad de Medicina Familiar y el índice de masa corporal se encontró: matutino 4 (3.6%) con normopeso, 22 (20%) obesidad GI, 29 (26.4%) con obesidad GII, 7 (6.4%) obesidad III, 0 (0%) con obesidad GIV. Vespertino 2 (1.8%) normopeso, 12 (10.9%) con obesidad GI, 21 (19.1%) con obesidad GII, 5 (4.5%) obesidad GIII, 8 (7.3%) con obesidad GIV. (Tabla/gráfica 13)

En cuanto a la relación entre el sexo y el índice de masa corporal se obtuvo: femenino 2 (1.8%) con normopeso, 8 (7.3%) obesidad GI, 24 (21.8%) obesidad GII, 4 (3.6%) obesidad GIII, 7 (6.4%) con obesidad GIV. Masculino 4 (3.6%) con normopeso, 26 (23.6%) obesidad GI, 26 (23.6%) con obesidad GII, 8 (7.3%) obesidad GIII, 1 (0.9%) obesidad GIV. (Tabla/gráfica 14)

Al examinar la relación entre la ocupación y el índice de masa corporal se observó: pensionado/jubilado 0 (0%) con normopeso, 4 (3.6%) obesidad GI, 3 (2.7%) obesidad GII, 1 (0.9%) obesidad GIII, 0 (0%) con obesidad GIV. Empleado 4 (3.6%) con normopeso, 15 (13.6%) obesidad GI, 29 (26.4%) obesidad GII, 10 (9.1%) con obesidad GIII, 0 (0%) obesidad GIV. Comerciante 2 (1.8%) con normopeso, 7 (6.4%) obesidad GI, 8 (7.3%) obesidad GII, 0 (0%) obesidad GIII, 4 (3.6%) con obesidad GIV. Ama de casa 0 (0%) normopeso, 4 (3.6%) obesidad GI, 7 (6.4%) obesidad GII, 1 (0.9%) obesidad GIII, 4 (3.6%) con obesidad GIV. Otro 0 (0%) normopeso, 4 (3.6%) obesidad GI, 3 (2.7%) obesidad GII, 0 (0%) obesidad GIII, 0 (0%) con obesidad GIV. (Tabla/gráfica 15)

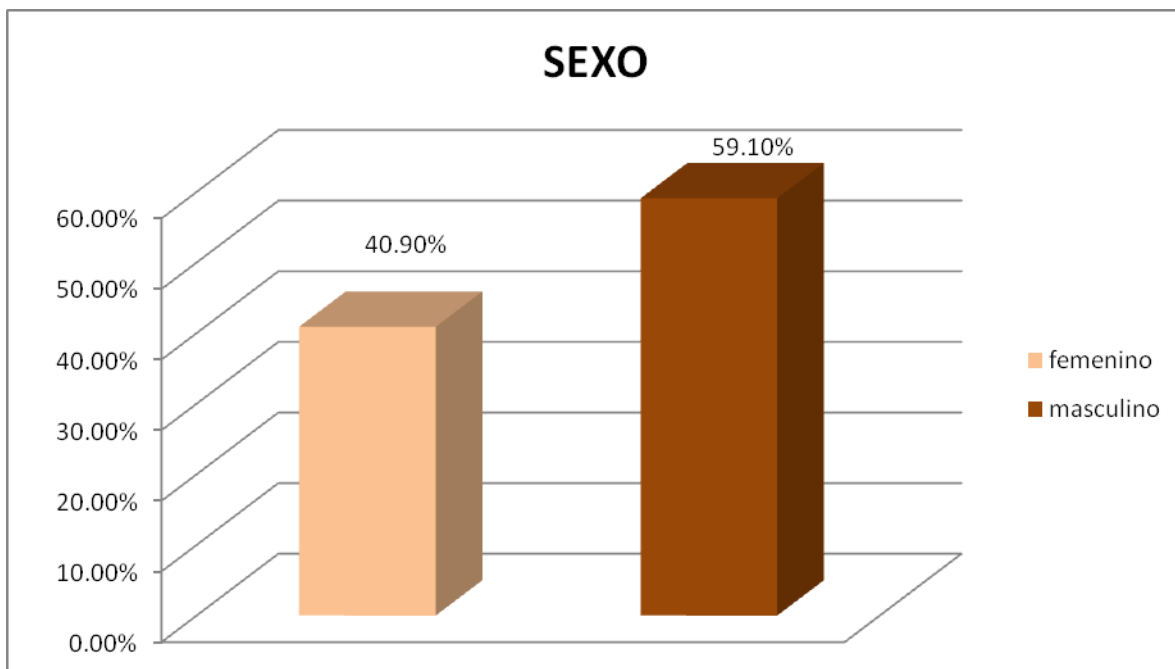
En cuanto a la relación entre la edad y el índice de masa corporal, se encontró: en el rango de 20 a 40 años 4 (3.6%) con normopeso, 5 (4.5%) obesidad GI, 16 (14.5%) obesidad GII, 0 (0%) obesidad GIII, 3 (2.7%) con obesidad GIV. En el rango 41 a 60 años 2 (1.8%) normopeso, 21 (19.1%) obesidad GI, 25 (22.7%) obesidad GII, 4 (3.6%) obesidad GIII, 0 (0%) con obesidad GIV. En el rango 61 a 80 años 0 (0%) normopeso, 6 (5.5%) obesidad GI, 9 (8.2%) obesidad GII, 8 (7.3%) obesidad GIII, 5 (4.5%) con obesidad GIV. En el rango de 81 a 100 años 0 (0%) normopeso, 2 (1.8%) obesidad GI, 0 (0%) obesidad GII, 0 (0%) obesidad GIII, 0 (0%) obesidad GIV. (Tabla/gráfica 16)

Al medir la relación entre la edad y el tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño, se obtuvo: en el rango 20 a 40 años 25 (22.7%) con 1 a 5 años de portarlo, 3 (2.7%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 0 (0%) 16 a 20 años. En el rango 41 a 60 años 37 (33.6%) 1 a 5 años, 15 (13.6%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 0 (0%) 16 a 20 años. En el rango 61 a 80 años 19 (17.3%) 1 a 5 años, 5 (4.5%) 6 a 10 años, 0 (0%) 11 a 15 años, 4 (3.6%) 16 a 20 años. En el rango 81 a 100 años 0 (0%) 1 a 5 años, 0 (0%) 6 a 10 años, 2 (1.8%) 11 a 15 años, 0 (0%) 16 a 20 años. (Tabla/gráfica 17)

Tabla/gráfica 1

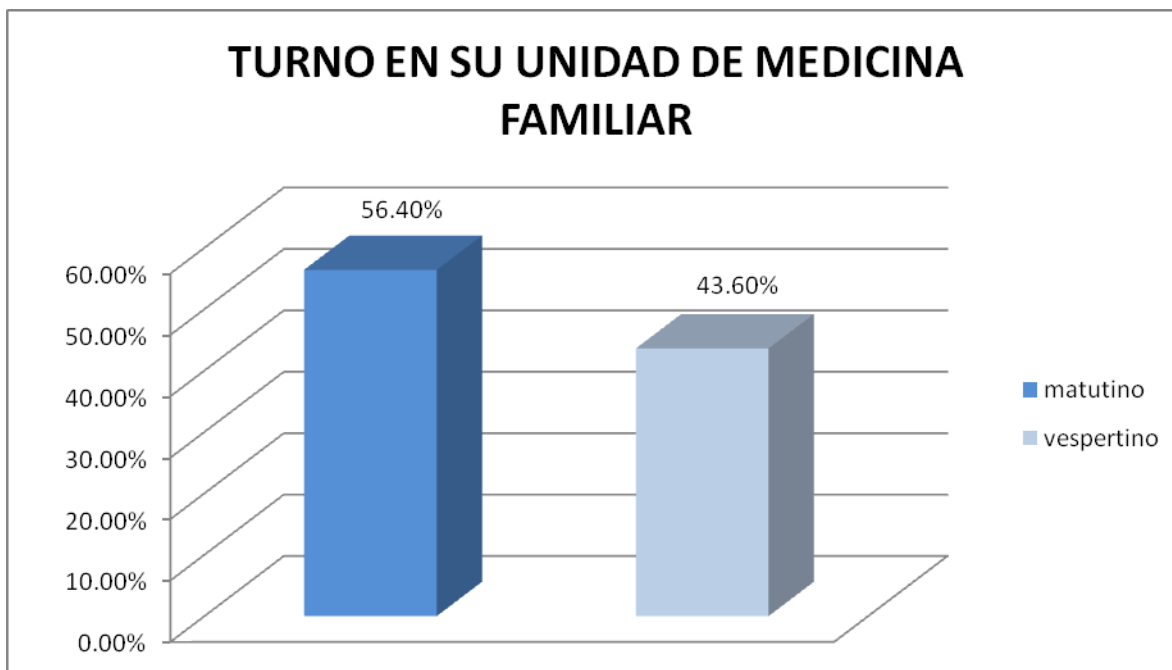
### SEXO

| SEXO      | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino  | 45         | 40.9%      |
| Masculino | 65         | 59.1%      |
| Total     | 110        | 100%       |



### TURNO EN SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

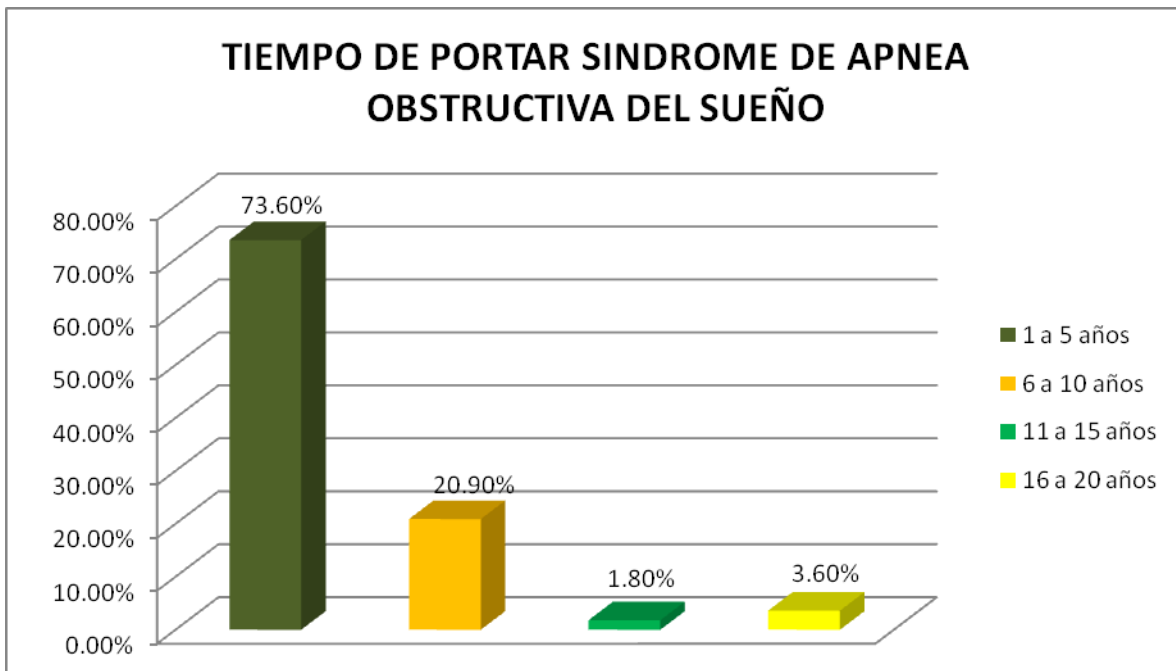
| TURNO EN SU UMF | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Matutino        | 62         | 56.4%      |
| Vespertino      | 48         | 43.6%      |
| Total           | 110        | 100%       |



Tabla/gráfica 3

TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA  
OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

| TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| 1 a 5 años   | 81         | 73.6%      |
| 6 a 10 años  | 23         | 20.9%      |
| 11 a 15 años   | 2          | 1.8%       |
| 16 a 20 años   | 4          | 3.6%       |
| Total  | 110        | 100%       |

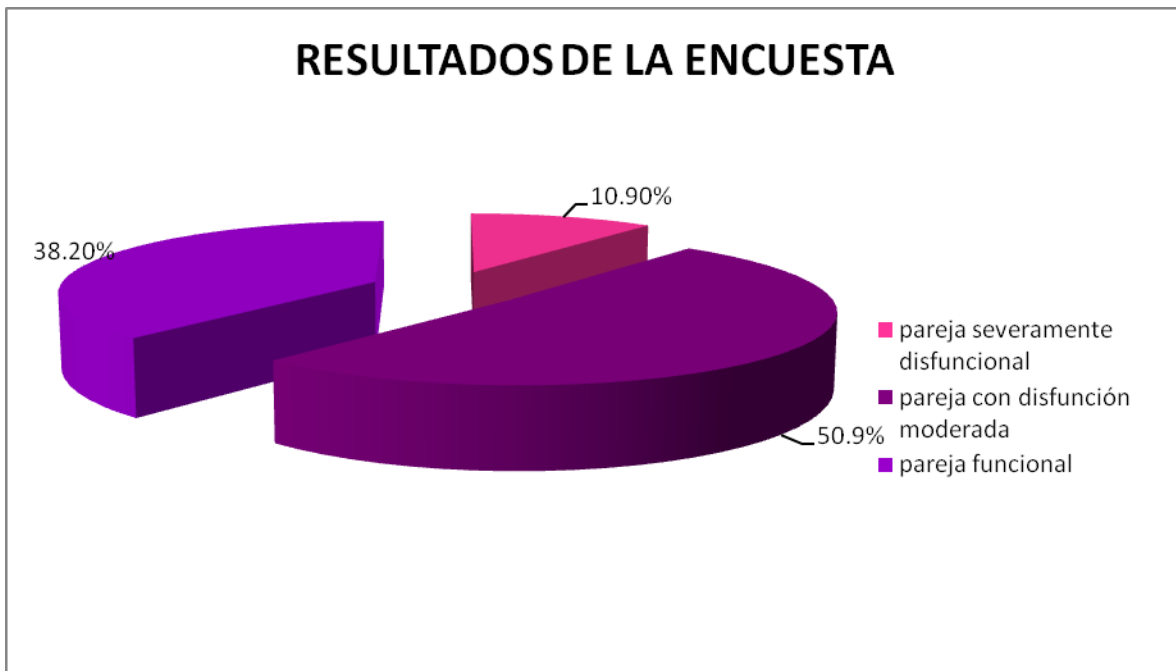




Tabla/gráfica 4

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

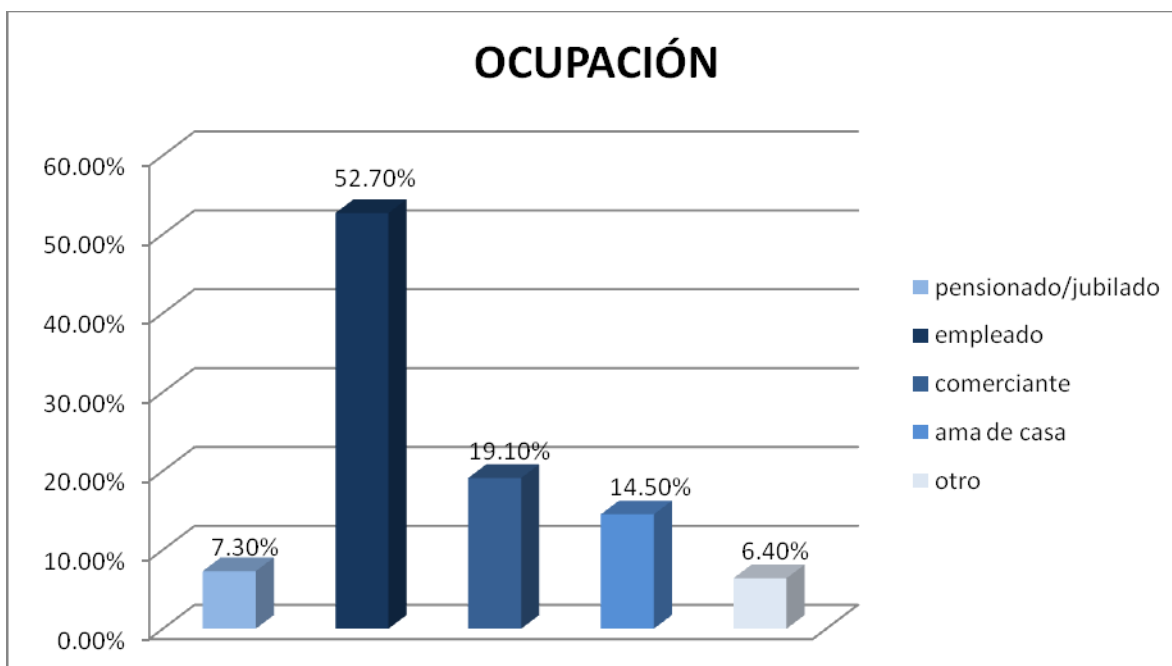
| RESULTADOS DE LA ENCUESTA:<br>EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Pareja severamente disfuncional                                  | 12         | 10.9%      |
| Pareja con disfunción moderada                                   | 56         | 50.9%      |
| Pareja funcional   | 42         | 38.2%      |
| Total  | 110        | 100%       |



Tabla/gráfica 5

### OCUPACIÓN

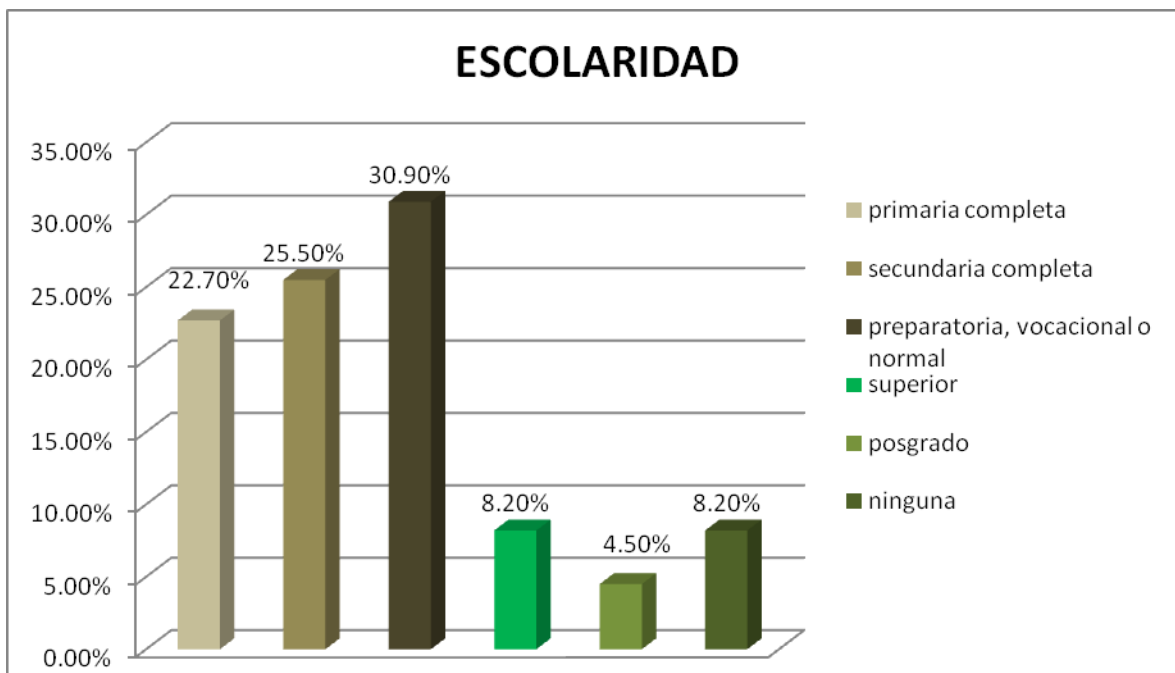
| OCUPACIÓN           | Frecuencia | Porcentaje  |
|---------------------|------------|-------------|
| Pensionado/jubilado | 8          | 7.3%        |
| Empleado            | 58         | 52.7%       |
| Comerciante         | 21         | 19.1%       |
| Ama de casa         | 16         | 14.5%       |
| Otro                | 7          | 6.4%        |
| <b>Total</b>        | <b>110</b> | <b>100%</b> |



Tabla/gráfica 6

### ESCOLARIDAD

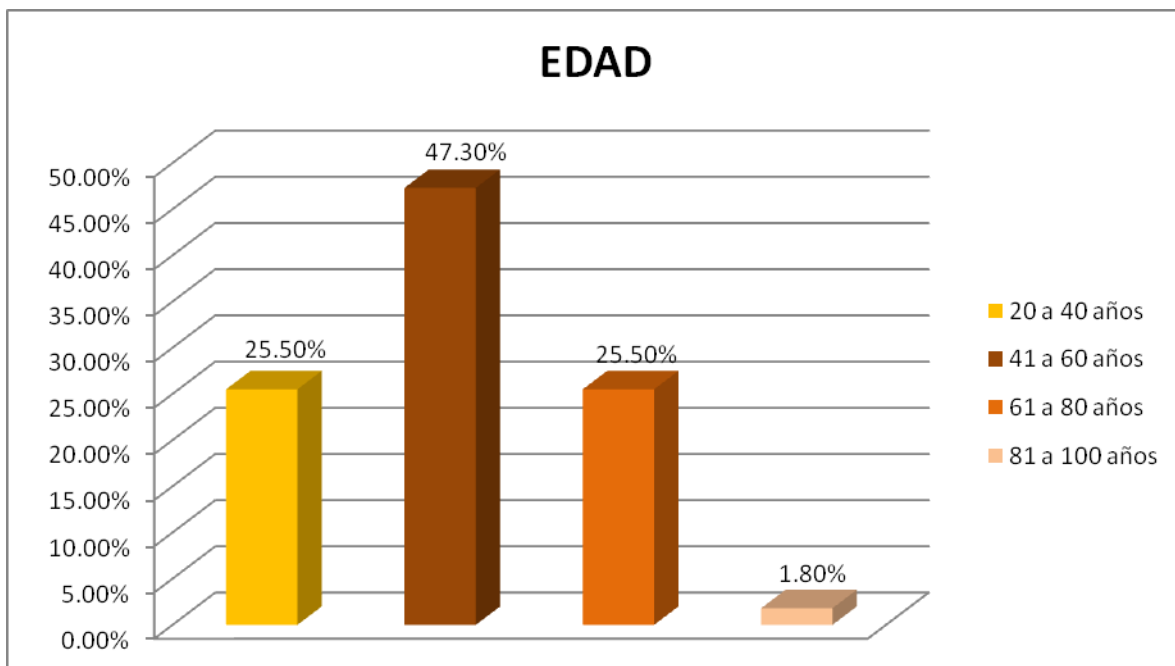
| ESCOLARIDAD                       | Frecuencia | Porcentaje  |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| Primaria completa                 | 25         | 22.7%       |
| Secundaria completa               | 28         | 25.5%       |
| Preparatoria, vocacional o normal | 34         | 30.9%       |
| Superior                          | 9          | 8.2%        |
| Posgrado                          | 5          | 4.5%        |
| Ninguna                           | 9          | 8.2%        |
| <b>Total</b>                      | <b>110</b> | <b>100%</b> |



Tabla/gráfica 7

### EDAD

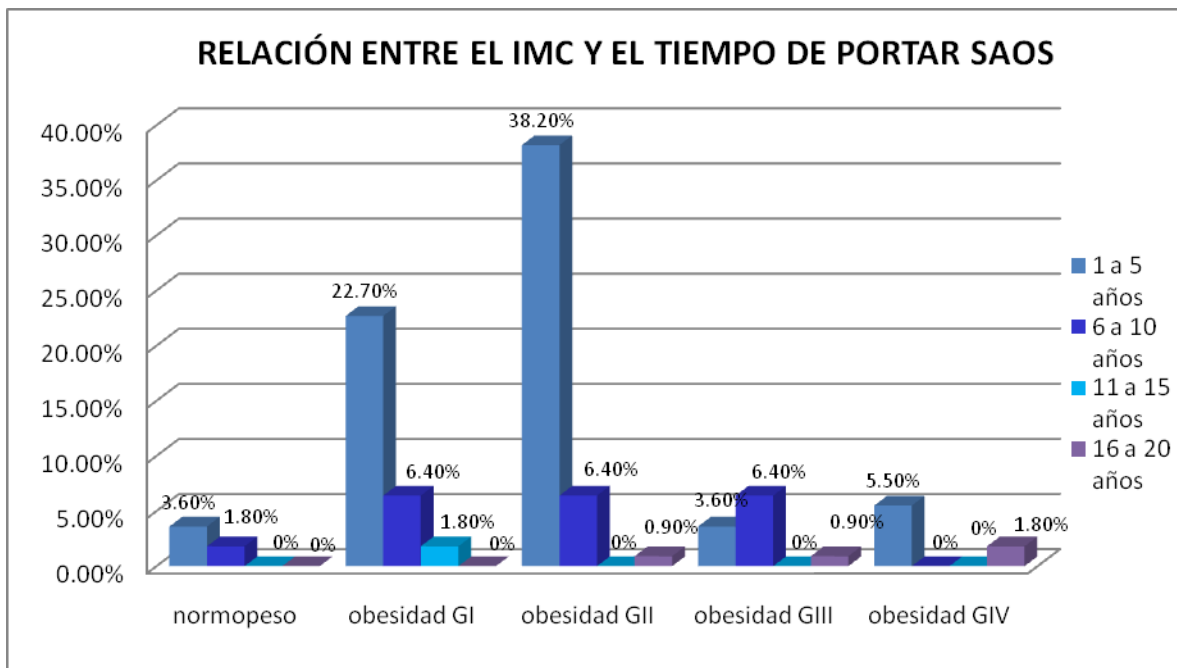
| EDAD          | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| 20 a 40 años  | 28         | 25.5%      |
| 41 a 60 años  | 52         | 47.3%      |
| 61 a 80 años  | 28         | 25.5%      |
| 81 a 100 años | 2          | 1.8%       |
| Total         | 110        | 100%       |



Tabla/gráfica 8

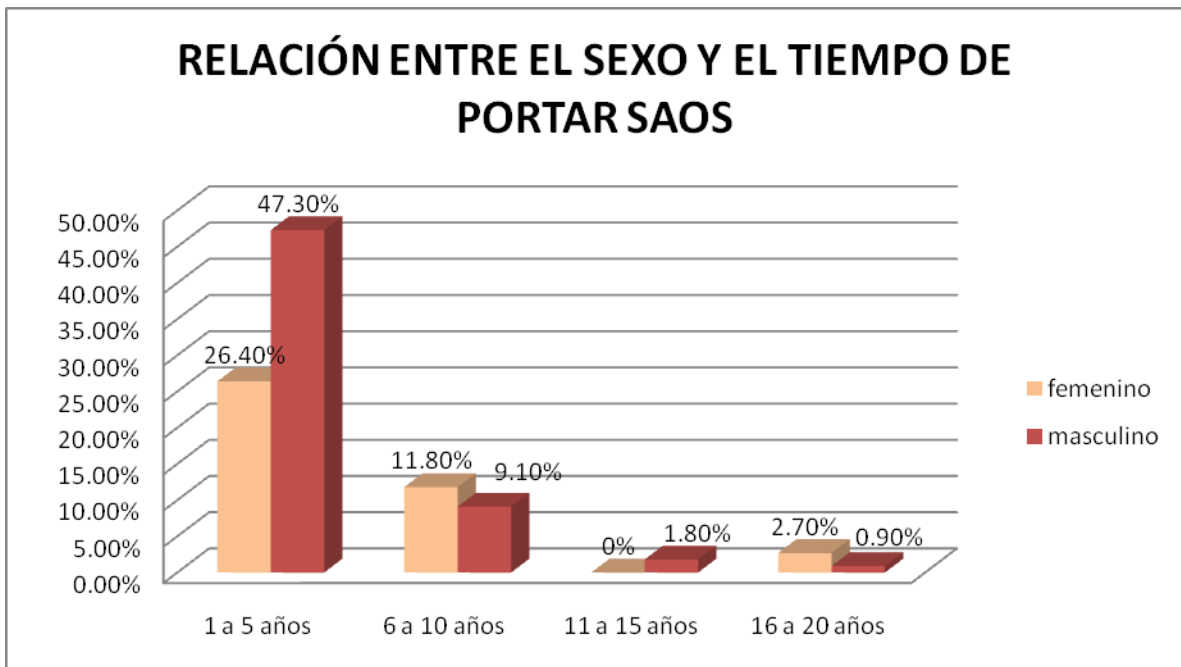
RELACION ENTRE EL IMC Y EL TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

| IMC             |            | 1 a 5 años | 6 a 10 años | 11 a 15 años | 16 a 20 años | TOTAL |
|-----------------|------------|------------|-------------|--------------|--------------|-------|
| Normopeso       | Frecuencia | 4          | 2           | 0            | 0            | 6     |
|                 | Porcentaje | 3.6%       | 1.8%        | .0%          | .0%          | 5.5%  |
| IMC 18.5 a 24.9 | Frecuencia | 25         | 7           | 2            | 0            | 34    |
|                 | Porcentaje | 22.7%      | 6.4%        | 1.8%         | .0%          | 30.9% |
| Obesidad GI     | Frecuencia | 42         | 7           | 0            | 1            | 50    |
|                 | Porcentaje | 38.2%      | 6.4%        | .0%          | .9%          | 45.5% |
| Obesidad GII    | Frecuencia | 4          | 7           | 0            | 1            | 12    |
|                 | Porcentaje | 3.6%       | 6.4%        | .0%          | .9%          | 10.9% |
| Obesidad GIII   | Frecuencia | 6          | 0           | 0            | 2            | 8     |
|                 | Porcentaje | 5.5%       | .0%         | .0%          | 1.8%         | 7.3%  |
| TOTAL           | Frecuencia | 81         | 23          | 2            | 4            | 110   |
|                 | Porcentaje | 73.6%      | 20.9%       | 1.8%         | 3.6%         | 100%  |



RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y EL TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

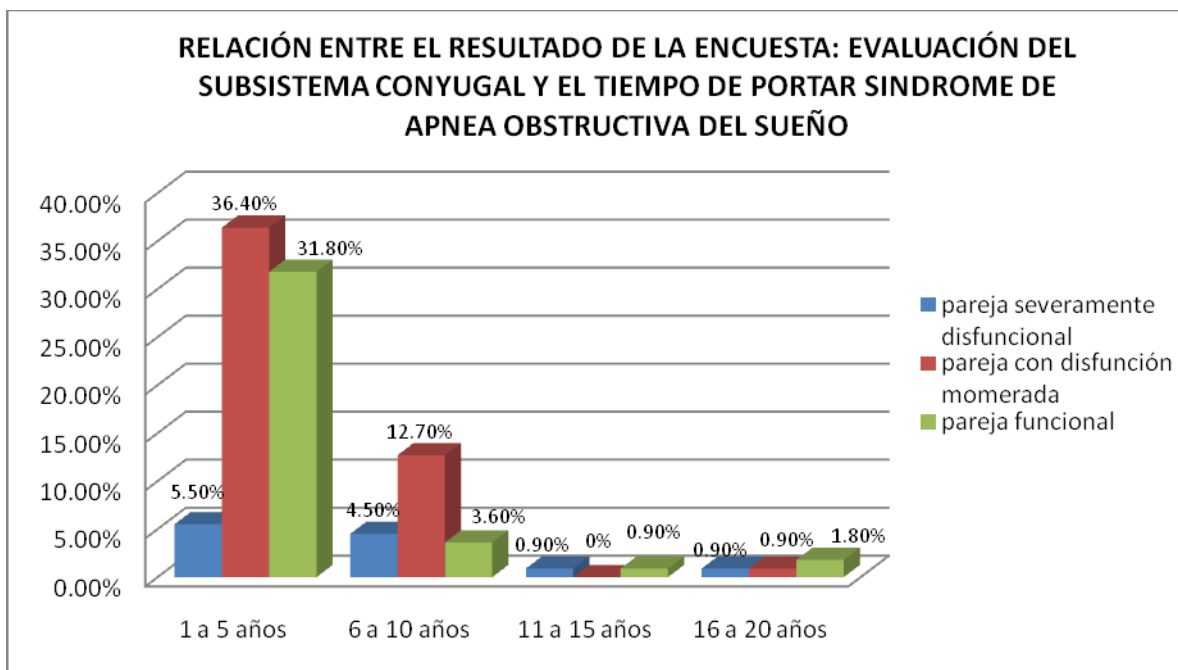
| SEXO         |            | 1 a 5 años | 6 a 10 años | 11 a 15 años | 16 a 20 años | Total |
|--------------|------------|------------|-------------|--------------|--------------|-------|
| Femenino     | Frecuencia | 29         | 13          | 0            | 3            | 45    |
|              | Porcentaje | 26.4%      | 11.8%       | .0%          | 2.7%         | 40.9% |
| Masculino    | Frecuencia | 52         | 10          | 2            | 1            | 65    |
|              | Porcentaje | 47.3%      | 9.1%        | 1.8%         | .9%          | 59.1% |
| <b>Total</b> |            | 81         | 23          | 2            | 4            | 110   |
|              |            | 73.6%      | 20.9%       | 1.8%         | 3.6%         | 100%  |



Tabla/gráfica 10

RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA: EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y EL TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

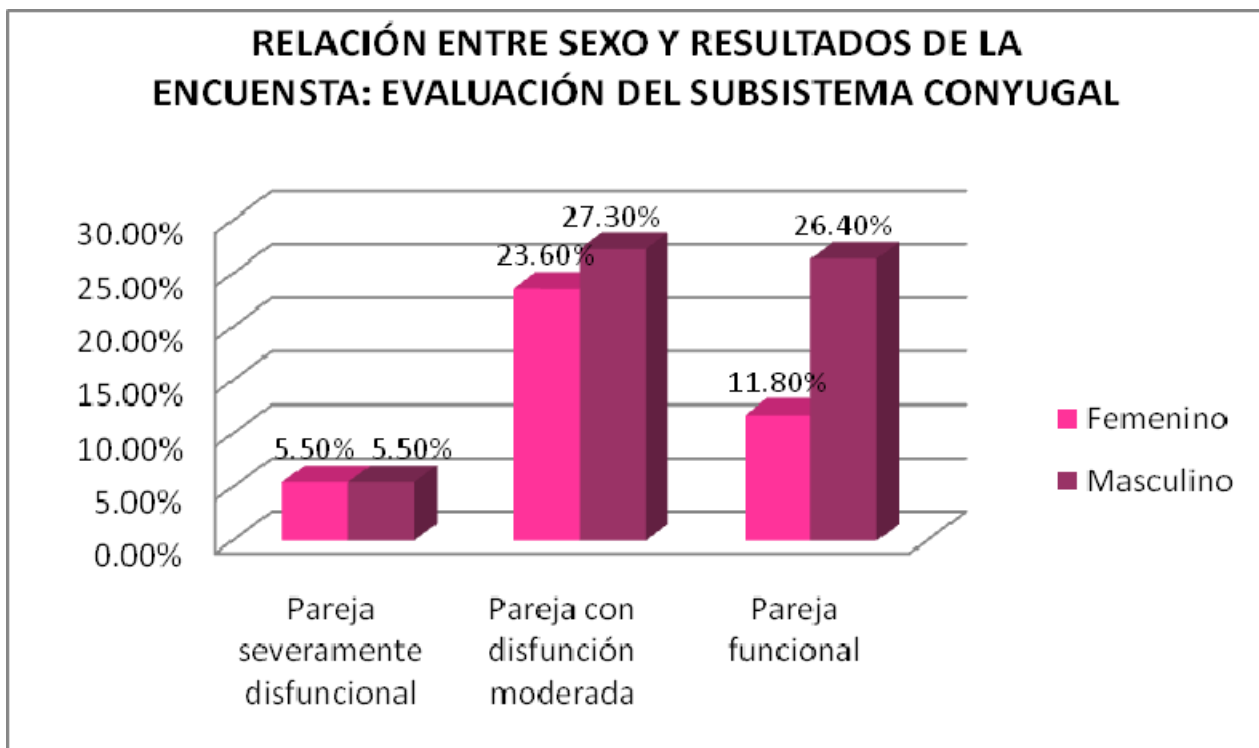
| Resultados de la encuesta       |            | 1 a 5 años | 6 a 10 años | 11 a 15 años | 16 a 20 años | Total |
|---------------------------------|------------|------------|-------------|--------------|--------------|-------|
| Pareja severamente disfuncional | Frecuencia | 6          | 5           | 1            | 1            | 13    |
|                                 | Porcentaje | 5.5%       | 4.5%        | .9%          | .9%          | 11.8% |
| Pareja con disfunción moderada  | Frecuencia | 40         | 14          | 0            | 1            | 55    |
|                                 | Porcentaje | 36.4%      | 12.7%       | .0%          | .9%          | 50.0% |
| Pareja funcional                | Frecuencia | 35         | 4           | 1            | 2            | 42    |
|                                 | Porcentaje | 31.8%      | 3.6%        | .9%          | 1.8%         | 38.2% |
| Total                           |            | 81         | 23          | 2            | 4            | 110   |
|                                 |            | 73.6%      | 20.9%       | 1.8%         | 3.6%         | 100%  |



Tabla/gráfica 11

RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA:  
EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

|                  |            | Pareja severamente disfuncional | Pareja con disfunción moderada | Pareja funcional | Total  |
|------------------|------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------|--------|
| <b>Femenino</b>  | Frecuencia | 6                               | 26                             | 13               | 45     |
|                  | Porcentaje | 5.5%                            | 23.6%                          | 11.8%            | 40.9%  |
| <b>Masculino</b> | Frecuencia | 6                               | 30                             | 29               | 65     |
|                  | Porcentaje | 5.5%                            | 27.3%                          | 26.4%            | 59.1%  |
| <b>Total</b>     |            | 12                              | 56                             | 42               | 110    |
|                  |            | 10.9%                           | 50.9%                          | 38.2%            | 100.0% |

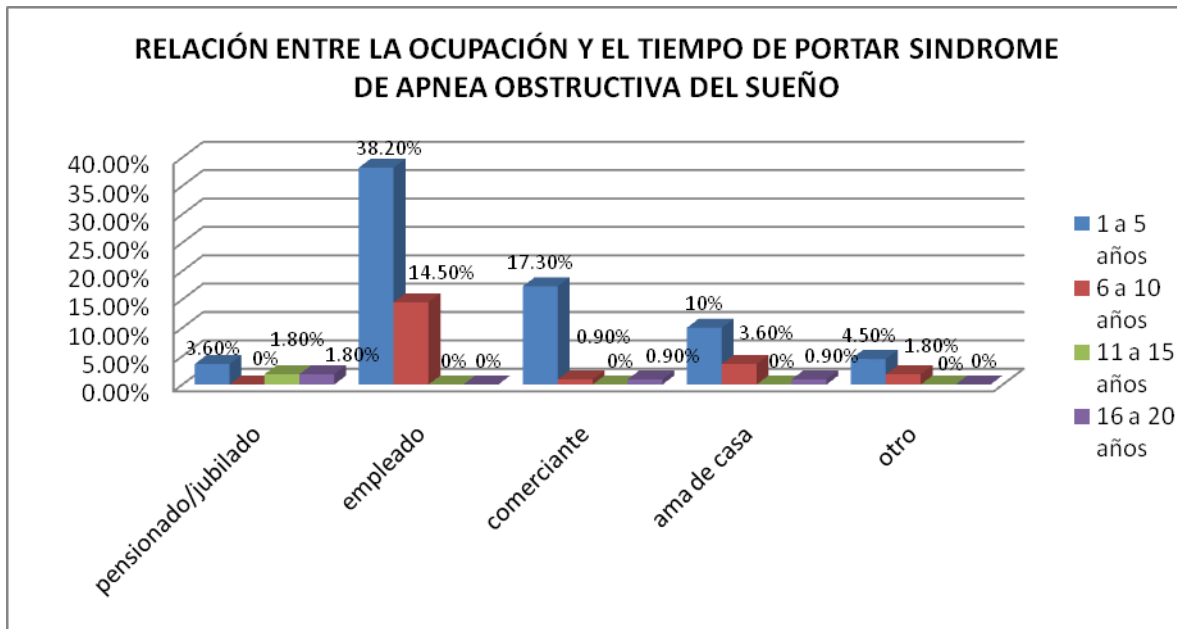




Tabla/gráfica 12

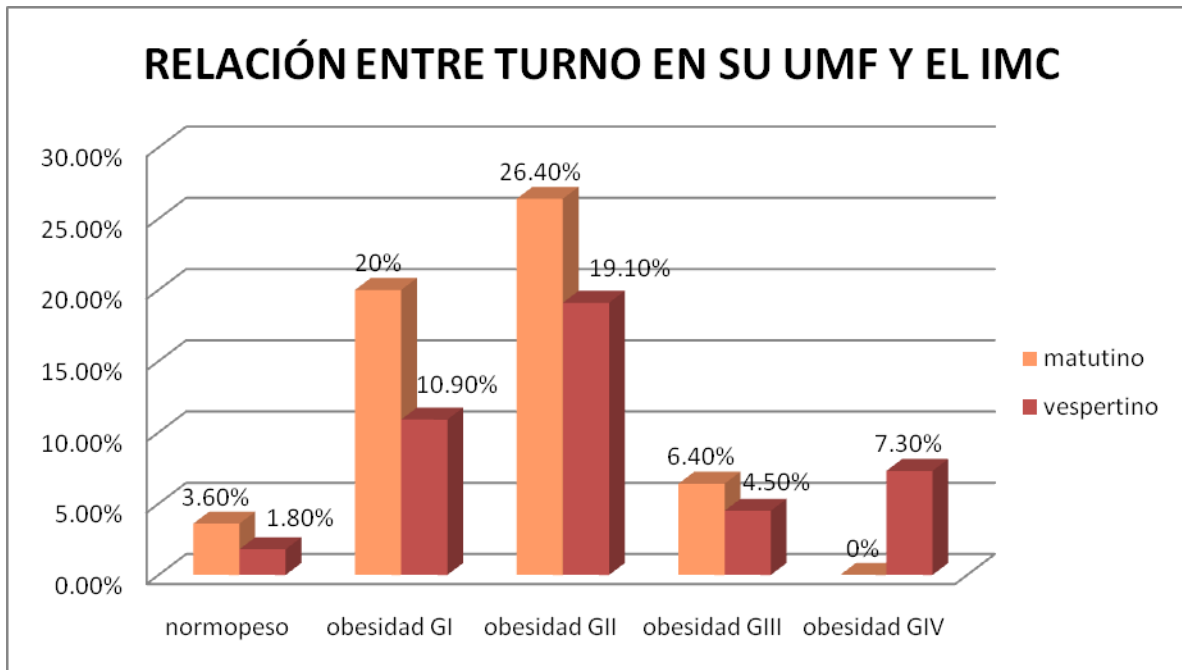
RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y EL TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

| Ocupación           |            | 1 a 5 años | 6 a 10 años | 11 a 15 años | 16 a 20 años | Total |
|---------------------|------------|------------|-------------|--------------|--------------|-------|
| Pensionado/jubilado | Frecuencia | 4          | 0           | 2            | 2            | 8     |
|                     | Porcentaje | 3.6%       | .0%         | 1.8%         | 1.8%         | 7.3%  |
| Empleado            | Frecuencia | 42         | 16          | 0            | 0            | 58    |
|                     | Porcentaje | 38.2%      | 14.5%       | .0%          | .0%          | 52.7% |
| Comerciante         | Frecuencia | 19         | 1           | 0            | 1            | 21    |
|                     | Porcentaje | 17.3%      | .9%         | .0%          | .9%          | 19.1% |
| Ama de casa         | Frecuencia | 11         | 4           | 0            | 1            | 16    |
|                     | Porcentaje | 10.0%      | 3.6%        | .0%          | .9%          | 14.5% |
| Otro                | Frecuencia | 5          | 2           | 0            | 0            | 7     |
|                     | Porcentaje | 4.5%       | 1.8%        | .0%          | .0%          | 6.4%  |
| <b>Total</b>        |            | 81         | 23          | 2            | 4            | 110   |
|                     |            | 73.6%      | 20.9%       | 1.8%         | 3.6%         | 100%  |



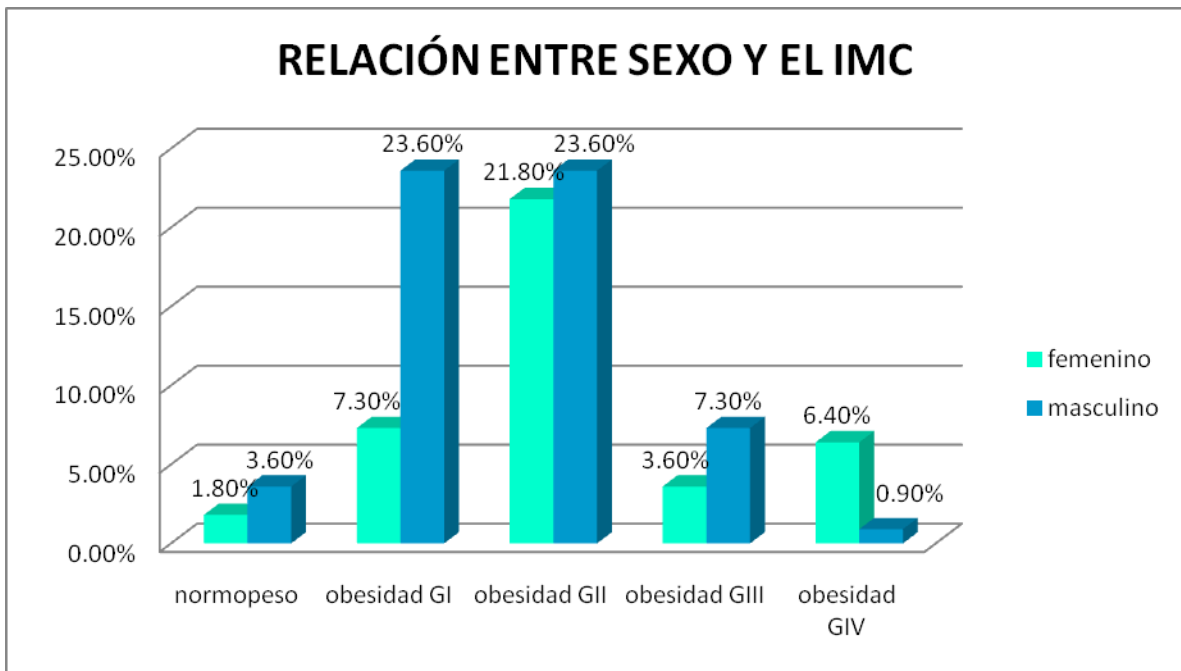
RELACIÓN ENTRE TURNO EN SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y EL IMC

| Turno en su UMF |            | Normopeso       | Obesidad            | Obesidad             | Obesidad              | Obesidad        | Total |
|-----------------|------------|-----------------|---------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|-------|
|                 |            | IMC 18.5 a 24.9 | GI<br>IMC 25 a 29.9 | GII<br>IMC 30 a 34.9 | GIII<br>IMC 35 a 39.9 | GIV<br>IMC > 40 |       |
| Matutino        | Frecuencia | 4               | 22                  | 29                   | 7                     | 0               | 62    |
|                 | Porcentaje | 3.6%            | 20.0%               | 26.4%                | 6.4%                  | .0%             | 56.4% |
| Vespertino      | Frecuencia | 2               | 12                  | 21                   | 5                     | 8               | 48    |
|                 | Porcentaje | 1.8%            | 10.9%               | 19.1%                | 4.5%                  | 7.3%            | 43.6% |
| Total           |            | 6               | 34                  | 50                   | 12                    | 8               | 110   |
|                 |            | 5.5%            | 30.9%               | 45.5%                | 10.9%                 | 7.3%            | 100%  |



RELACIÓN ENTRE SEXO Y EL IMC

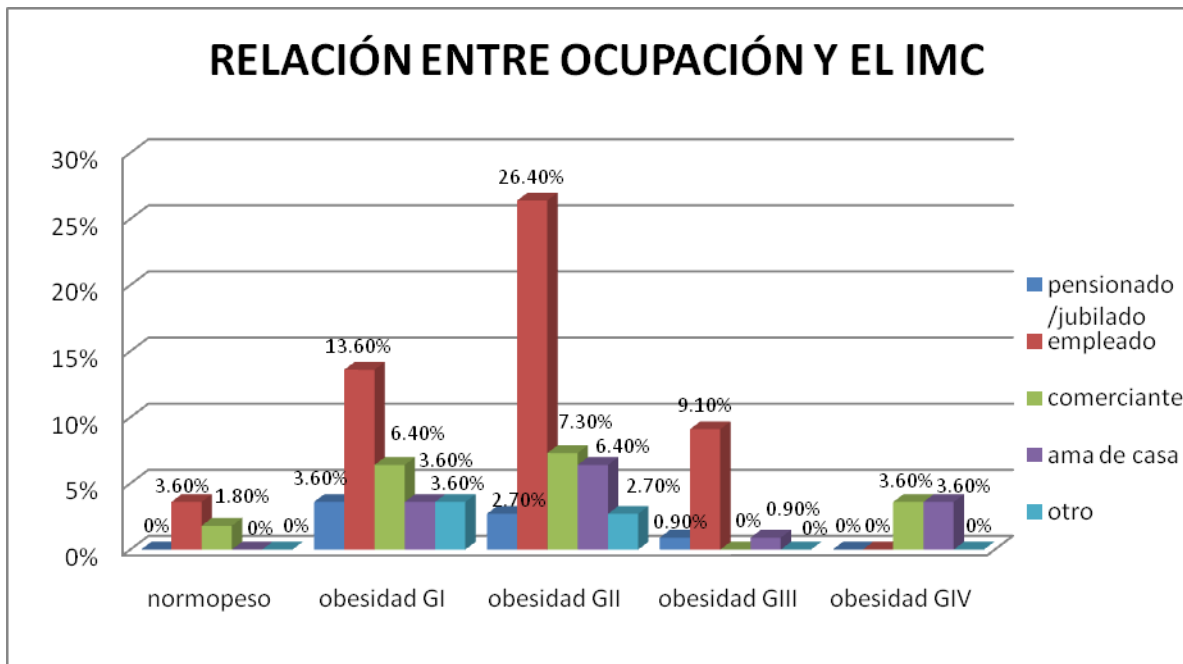
| Sexo      |            | Normopeso<br>IMC 18.5 a<br>24.9 | Obesidad<br>GI<br>IMC 25 a<br>29.9 | Obesidad<br>GII<br>IMC 30 a<br>34.9 | Obesidad<br>GIII<br>IMC 35 a<br>39.9 | Obesidad<br>GIV<br>IMC > 40 | Total |
|-----------|------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------|
| Femenino  | Frecuencia | 2                               | 8                                  | 24                                  | 4                                    | 7                           | 45    |
|           | Porcentaje | 1.8%                            | 7.3%                               | 21.8%                               | 3.6%                                 | 6.4%                        | 40.9% |
| Masculino | Frecuencia | 4                               | 26                                 | 26                                  | 8                                    | 1                           | 65    |
|           | Porcentaje | 3.6%                            | 23.6%                              | 23.6%                               | 7.3%                                 | .9%                         | 59.1% |
| Total     |            | 6                               | 34                                 | 50                                  | 12                                   | 8                           | 110   |
|           |            | 5.5%                            | 30.9%                              | 45.5%                               | 10.9%                                | 7.3%                        | 100%  |



Tabla/gráfica 15

### RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y EL IMC

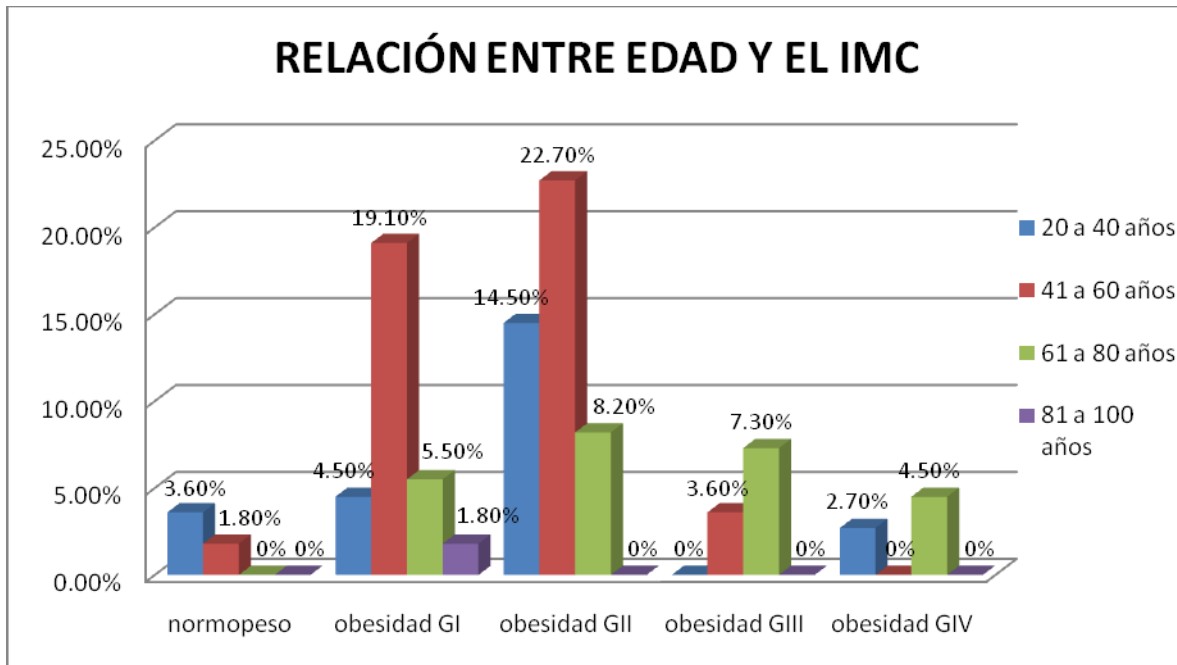
| Ocupación               |            | Normopeso<br>IMC 18.5 a<br>24.9 | Obesidad<br>GI<br>IMC 25 a<br>29.9 | Obesidad<br>GII<br>IMC 30 a<br>34.9 | Obesidad<br>GIII<br>IMC 35 a<br>39.9 | Obesidad<br>GIV<br>IMC > 40 | Total  |
|-------------------------|------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------|
| Pensionado/<br>Jubilado | Frecuencia | 0                               | 4                                  | 3                                   | 1                                    | 0                           | 8      |
|                         | Porcentaje | .0%                             | 3.6%                               | 2.7%                                | .9%                                  | .0%                         | 7.3%   |
| Empleado                | Frecuencia | 4                               | 15                                 | 29                                  | 10                                   | 0                           | 58     |
|                         | Porcentaje | 3.6%                            | 13.6%                              | 26.4%                               | 9.1%                                 | .0%                         | 52.7%  |
| Comerciante             | Frecuencia | 2                               | 7                                  | 8                                   | 0                                    | 4                           | 21     |
|                         | Porcentaje | 1.8%                            | 6.4%                               | 7.3%                                | .0%                                  | 3.6%                        | 19.1%  |
| Ama de<br>casa          | Frecuencia | 0                               | 4                                  | 7                                   | 1                                    | 4                           | 16     |
|                         | Porcentaje | .0%                             | 3.6%                               | 6.4%                                | .9%                                  | 3.6%                        | 14.5%  |
| Otro                    | Frecuencia | 0                               | 4                                  | 3                                   | 0                                    | 0                           | 7      |
|                         | Porcentaje | .0%                             | 3.6%                               | 2.7%                                | .0%                                  | .0%                         | 6.4%   |
| <b>Total</b>            |            | 6                               | 34                                 | 50                                  | 12                                   | 8                           | 110    |
|                         |            | 5.5%                            | 30.9%                              | 45.5%                               | 10.9%                                | 7.3%                        | 100.0% |



Tabla/gráfica 16

RELACIÓN ENTRE EDAD Y EL IMC

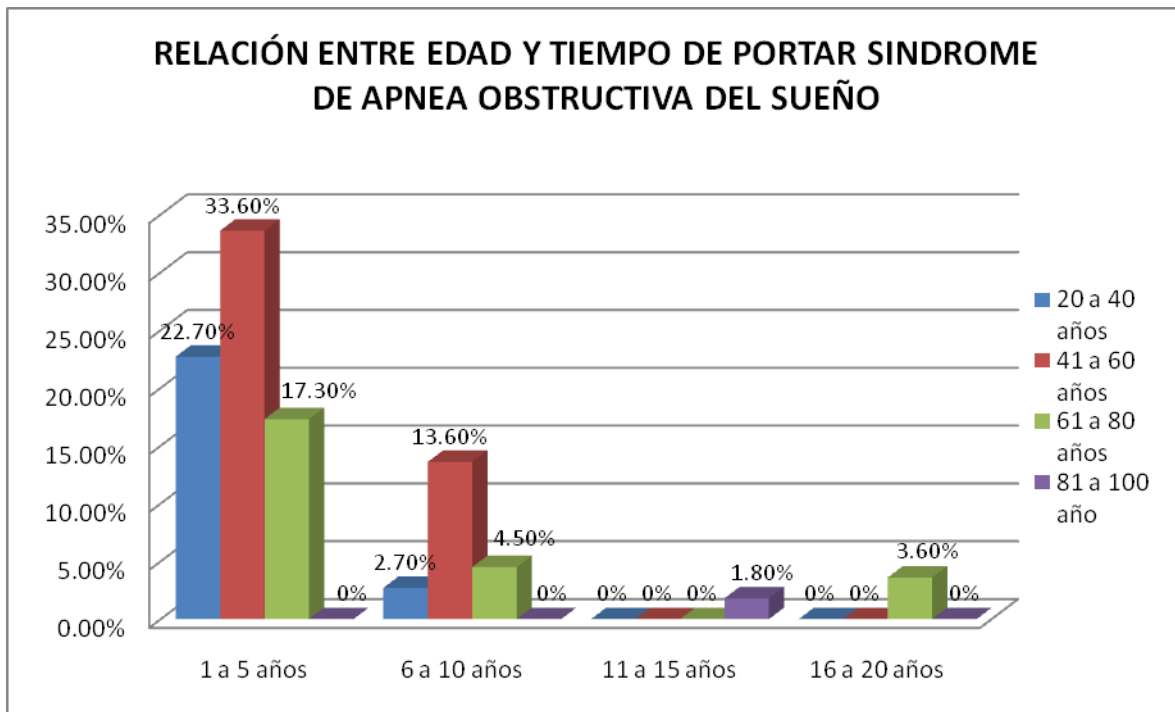
| Edad          |            | Normopeso<br>IMC 18.5 a<br>24.9 | Obesidad<br>GI<br>IMC 25 a<br>29.9 | Obesidad<br>GII<br>IMC 30 a<br>34.9 | Obesidad<br>GIII<br>IMC 35 a<br>39.9 | Obesidad<br>GIV<br>IMC > 40 | Total  |
|---------------|------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------|
| 20 a 40 años  | Frecuencia | 4                               | 5                                  | 16                                  | 0                                    | 3                           | 28     |
|               | Porcentaje | 3.6%                            | 4.5%                               | 14.5%                               | .0%                                  | 2.7%                        | 25.5%  |
| 41 a 60 años  | Frecuencia | 2                               | 21                                 | 25                                  | 4                                    | 0                           | 52     |
|               | Porcentaje | 1.8%                            | 19.1%                              | 22.7%                               | 3.6%                                 | .0%                         | 47.3%  |
| 61 a 80 años  | Frecuencia | 0                               | 6                                  | 9                                   | 8                                    | 5                           | 28     |
|               | Porcentaje | .0%                             | 5.5%                               | 8.2%                                | 7.3%                                 | 4.5%                        | 25.5%  |
| 81 a 100 años | Frecuencia | 0                               | 2                                  | 0                                   | 0                                    | 0                           | 2      |
|               | Porcentaje | .0%                             | 1.8%                               | .0%                                 | .0%                                  | .0%                         | 1.8%   |
| <b>Total</b>  |            | 6                               | 34                                 | 50                                  | 12                                   | 8                           | 110    |
|               |            | 5.5%                            | 30.9%                              | 45.5%                               | 10.9%                                | 7.3%                        | 100.0% |



Tabla/gráfica 17

### RELACIÓN ENTRE EDAD Y EL TIEMPO DE PORTAR SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

| Edad          |            | 1 a 5 años | 6 a 10 años | 11 a 15 años | 16 a 20 años | Total  |
|---------------|------------|------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| 20 a 40 años  | Frecuencia | 25         | 3           | 0            | 0            | 28     |
|               | Porcentaje | 22.7%      | 2.7%        | .0%          | .0%          | 25.5%  |
| 41 a 60 años  | Frecuencia | 37         | 15          | 0            | 0            | 52     |
|               | Porcentaje | 33.6%      | 13.6%       | .0%          | .0%          | 47.3%  |
| 61 a 80 años  | Frecuencia | 19         | 5           | 0            | 4            | 28     |
|               | Porcentaje | 17.3%      | 4.5%        | .0%          | 3.6%         | 25.5%  |
| 81 a 100 años | Frecuencia | 0          | 0           | 2            | 0            | 2      |
|               | Porcentaje | .0%        | .0%         | 1.8%         | .0%          | 1.8%   |
| Total         |            | 81         | 23          | 2            | 4            | 110    |
|               |            | 73.6%      | 20.9%       | 1.8%         | 3.6%         | 100.0% |



## CONCLUSIONES

Después de aplicar la encuesta de evaluación del subsistema conyugal, se encontró que existió un mayor predominio del grupo de pareja con disfunción moderada 50.9%, siendo este resultado no tan distante del grupo de pareja funcional 38.2%.

En cuanto al sexo se vio que la mayor parte de los pacientes correspondieron al sexo masculino 59.1%.

Respecto al tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño, se encontró una diferencia importante entre aquellos que han portado el síndrome por 1 a 5 años 73.6% y aquellos que lo han portado por 11 a 15 años 1.8%.

Según los grupos de edad, prevaleció el grupo de edad de 41 a 60 años 47.3%, y fue notoriamente menor el grupo de 81 a 100 años 1.8%.

Con respecto a la relación del IMC y el tiempo de portar SAOS, fue más representativo el grupo de obesidad GII con 38.2% pertenecientes al rango 1 a 5 años de portar el síndrome; no se encontró diferencia importante entre el grupo de normopeso con un total de afección del 5.5% y el grupo de obesidad GIV con un 7.3%.

En cuanto a la relación entre sexo y tiempo de portar SAOS, el sexo masculino predominó con un total del 59.1%, siendo el grupo más afectado de 1 a 5 años de portar el síndrome con 47.3% y el menos afectado el grupo de 16 a 20 años con solo 0.9%, por otro lado se observó que el sexo femenino en el grupo 11 a 15 años de portar el síndrome no presentó afección.

En la relación entre los resultados de la encuesta “evaluación del subsistema conyugal” y el tiempo de portar síndrome de apnea obstructiva del sueño prevaleció el grupo de pareja con disfunción moderada con 36.4% para el rango de 1 a 5 años de portar el síndrome y una afectación menos predominante en el grupo de pareja severamente disfuncional con un total de 11.8% en el mismo rango de años de portar la patología.

Se encontró en la relación entre sexo y los resultados de la encuesta “evaluación del subsistema conyugal” que el sexo que más predominó en el grupo de pareja con disfunción moderada con 27.3%, sin embargo también fue el sexo prevaleciente en el grupo de pareja funcional con un porcentaje no muy distante al antes mencionado, pues se encontró con un 26.4%. Llama la atención que en el grupo de pareja con disfunción severa ambos sexos se encontraron con mismo porcentaje 5.5%

Respecto a la relación entre el turno en su unidad de Medicina Familiar y el IMC, se presentó de forma general un mayor número de pacientes del turno matutino 29 (26.4%) con obesidad GII, y no se encontró afección en el grupo de obesidad GIV. Del turno vespertino 21 (19.1%) con obesidad GII, y cabe destacar que en este turno se presentaron 8 (7.3%) pertenecientes al grupo de obesidad GIV.

Al hablar de la relación entre el sexo y el IMC, se encontró, que del sexo femenino 21.8% tenían obesidad GII, en comparación con solo 1.8% con normopeso, en cuanto al sexo masculino el 23.6% pertenecían al rango de obesidad GI, con un mismo porcentaje para el grupo de obesidad GII, presentándose en este sexo el menor porcentaje en el rango correspondiente a obesidad GIV con sólo 0.9% de afección.

Al analizar la relación entre los grupos de edad y el IMC, podemos ver que existió mayor número de pacientes pertenecientes al grupo de obesidad GII, de la siguiente manera, para el grupo de edad 20 a 40 años 16 (14.5%) con obesidad GII, del grupo 41 a 60 años 25 (22.7%), de 61 a 80 años 9 (8.2%), y en grupo de 81 a 100 años, solo se afectó con 2 (1.8%) con obesidad GI.

En cuanto a la relación entre la ocupación y el IMC, es importante hacer notar que en prácticamente todos los grupos de IMC la ocupación que más predominó fue el grupo de empleados, predominando en el rango de obesidad GII.



## DISCUSIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es una patología poco detectada en su forma inicial, probablemente esto sea secundario a que en sus formas tempranas no produce alteraciones tan importantes que ocasionen la búsqueda de atención médica.

Sin embargo es fundamental tenerlo presente, ya que esta enfermedad es capaz de causar alteraciones a nivel individual, social y familiar.

De la misma forma en que lo reporta la literatura, en este estudio se encontró que la edad de mayor afección de esta patología, son las edades medias, siendo el grupo más afectado el de 41 a 60 años. La importancia de este dato radica, en que a esta edad el paciente aún se encuentra en una etapa productiva y en la mayoría de los casos también se ubican como personas proveedoras de familia, por lo tanto las complicaciones que se lleguen a presentar en estos pacientes pueden generar no solo alteraciones en el ámbito individual sino también en el familiar, dentro de estas pueden encontrarse cambios en la comunicación, la adaptación y en la distribución de los recursos (destinados ahora al tratamiento de la enfermedad), por consiguiente es indispensable que el diagnóstico y tratamiento se inicie de forma oportuna para evitar la presencia de complicaciones a cualquier nivel.

En cuanto al ámbito familiar, uno de los subsistemas que se ve afectado es el conyugal, con respecto a este, se encontró que la mayor parte de las parejas presentó disfunción moderada, este resultado podría deberse al tiempo que tienen los pacientes de portar el síndrome, pues como se vio, el mayor número de los encuestados se agruparon en el rango de 1 a 5 años de portar la patología, por lo que es muy probable que entre más tiempo de evolución de la enfermedad, los pacientes tengan una disfunción más severa en el subsistema conyugal (esto no puede ser corroborada en este estudio ya que la mayor parte de los pacientes se encontraban en este rango de evolución de la enfermedad, situación que no nos permite analizar de forma real esta relación). Sin embargo esto no puede ser tomado como un dato tajante pues no existe literatura con la cual podamos comparar nuestros resultados y determinar si esta relación es determinante para los resultados encontrados, por lo que sería de gran valor, que existieran otros estudios que analicen este mismo tema, para

que de esta manera se pueda tener más claro el grado de afección en el subsistema conyugal y por lo tanto se puedan emprender acciones que refuercen la relación conyugal.

Por otra parte se comenta en prácticamente toda la literatura que el sexo que más llega a presentar este síndrome es el sexo masculino, lo cual se equipará a lo hallado en este estudio, pues más del 50% correspondieron a este sexo. Esto puede ser debido a que el sexo masculino es el que presenta mayor grado de obesidad, y como es bien conocido esta se ubica dentro de los factores de riesgo y los agravantes de este síndrome. En cuanto a este tema debemos de hacer reflexión como Médicos Familiares, ubicándonos dentro de la prevención, ya que es indispensable que realicemos acciones para evitar que se presente el sobrepeso y aún más la obesidad en nuestra población, esto aplicado a todos nuestros pacientes y su familia, principalmente a aquellos niños que cuentan con factores de riesgo para presentarla.

Además es indispensable tomar en cuenta que por ser un factor de riesgo la obesidad, debemos tomar en consideración lo que este estudio arrojó, en cuanto a que se vio una un mayor porcentaje de obesidad grado IV en los paciente del turno vespertino, esto puede deberse a que la mayor parte de la gente que es derechohabiente de este turno tiene actividades laborales por la mañana y por lo tanto en las tardes dedica su tiempo a otras labores como pueden ser domesticas, actividades escolares con sus hijos o simplemente a “descansa” su trabajo. Por lo que sugiero se realice un programa de actividades físicas en las unidades de Medicina Familiar para que de esta forma se le brinde al derechohabiente una estrategia para el combate de la obesidad.

De forma general considero sería importante la creación de un instrumento que evalué el subsistema conyugal, pero que se encuentre enfocado a preguntar a cerca de las alteraciones que se presentan en la pareja a causa de los síntomas que el paciente suele presentar, es decir, que exista un instrumento más específico para esta patología, como lo existen en para otras patologías tales como el VIH, como ejemplo de este se encuentra un instrumento específico para la valoración de la percepción del apoyo familiar, el cual se aplica exclusivamente a pacientes portadores de tal virus.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders; Diagnostic and Codin Manual. 2<sup>nd</sup> ed. Westchester, Ill. American Academy of Sleep Medicine; 2005.
2. Vizcarra Escobar D, Kawano Castillo J. Identificación de síntomas relacionados al Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en historias clínicas de pacientes con eventos vasculares agudos. Rev. Med. Heredia 2006; 17 (3): 52-57.
3. Den Herden C, Schmeck J, Appelboom DJK. Risks of general anesthesia in people with obstructive sleep apnea. BJM 2005.
4. Caceres Pallavidino G, Simonit M, Rozas G. Síndrome de Apnea/hipopnea Obstructiva del Sueño. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina 2008; no. 180: 31-36.
5. Benzo R. Apnea Obstructiva del Sueño. Servicio de Neumología. Hospital Privado de la Comunidad Córdoba Argentina. 2006; 14 (2): 10-18.
6. Montero Chacón L. Relación entre hipertensión arterial y apnea del sueño. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2008. LXV (583): 53-62.
7. Pashayan A, Passannante A. Pathophysiology of obstructive sleep apnea. Anesthesial Clin Nort Am. 2005; 23: 24-30.
8. Covarrubias Gómez A, Guevara López U, Valencia H. El síndrome de apnea obstructiva del sueño y su importancia en la medicina perioperatoria. Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 45 (4): 74-82.
9. Laneaster L. Obstructive Sleep Apnea is common in idiopathic Pulmonary Fibrosis. Chest Journal 2009; 136 (3): 98-119.
10. Alegre F, Landecho M, Zulveta J. Síndrome de apneas-hipopneas del sueño: un problema sanitario; Rev. Med. Univ. Navarra 2005; vol. 49. No. 1: 150-163.

11. Olivi R, Henry T. Síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño. Departamento de Medicina Interna. Revista Médica Clínd. Condes 2007; 18 (2) 110-119.
12. López Varela M, Anieto T, Otaño N. Seguimiento del uso de CPAPn en una población de pacientes con síndrome de apnea obstructiva de sueño. Revista Argentina de Medicina respiratoria, 2005; N° 1: 140-148.
13. González Gallegos J. La familia como sistema. Revista Paceaña de Medicina Familiar, 2007, 4 (6).
14. Salazar Colín E. Ponce R, Irigoyen C; et. al. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Archivos en Medicina Familiar 2005, Vol. 7 (2): 45-48.
15. Mendoza Solís L, Soler E, Sainz L; et. al. Análisis de la Dinámica y funcionalidad familiar en Atención Primaria. Archivos de Medicina Familiar 2006; vol. 8 (1).

## ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para la participación en el proyecto:

Evaluación de la disfunción en el subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, “Gilberto Flores Izquierdo”, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

FIRMA DEL PACIENTE:\_\_\_\_\_. FECHA:\_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Evaluación de la disfunción en el subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño”. El objetivo de este estudio es evaluar la disfunción del subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, “Gilberto Flores Izquierdo”.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, el cual consisten en aplicación del instrumento de evaluación del subsistema conyugal.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cómo responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de lo que se llevara a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Firma del paciente

Nombre y firma de investigador

Firma de primer testigo

Firma de segundo testigo

## ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Evaluación de la disfunción en el subsistema conyugal, en pacientes portadores de síndrome de apnea obstructiva del sueño, en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8, "Gilberto Flores Izquierdo", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TURNO QUE TIENE EN SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR: 1( ) MATUTINO 2( )  
VESPERTINO

INICIALES DEL NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

OCUPACION: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE PORTAR  
SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

SEXO: FEMENINO ( )      MASCULINO ( )

## EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

| FUNCIONES   | NUNCA | OCASIONAL | SIEMPRE |
|---|-------|-----------|---------|
| <b>I. COMUNICACIÓN</b>  |       |           |         |
| a. Se comunica directamente con su pareja                           | 0     | 5         | 10      |
| b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia        | 0     | 5         | 10      |
| c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica   | 0     | 5         | 10      |
| <b>II. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES</b>                         |       |           |         |
| a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican           | 0     | 2.5       | 5       |
| b. Son satisfactorios los roles que asume la Pareja                 | 0     | 2.5       | 5       |
| c. Se propicia el intercambio de roles entre la Pareja              | 0     | 2.5       | 5       |
| <b>III. SATISFACCIÓN SEXUAL</b>                                     |       |           |         |
| a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales        | 0     | 5         | 10      |
| b. Es satisfactoria la calidad de la actividad Sexual               | 0     | 5         | 10      |
| <b>IV. AFECTO</b>   |       |           |         |
| a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja           | 0     | 2.5       | 5       |
| b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante                | 0     | 2.5       | 5       |
| c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja         | 0     | 2.5       | 5       |
| d. Perciben que son queridos por su pareja                          | 0     | 2.5       | 5       |
| <b>V. TOMA DE DECISIONES</b>  |       |           |         |
| a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente | 0     | 7.5       | 15      |

# DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNIAL

## I. PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.
5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.
8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.
10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia



con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hace imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

## **II. INVESTIGACION MÉDICA COMBINADA CON ATENCION PROFESIONAL (Investigación clínica)**

1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes incluidos aquéllos de un grupo de control, si los hay--se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.

4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.

5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, él debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviará al comité independiente (I.2)

6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

## **III. INVESTIGACION BIOMEDICA NO APEUTICA EN SERES HUMANOS (Investigación biomédica no clínica)**

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.

2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.

4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.